

Université de Montréal

Adaptation des catégories thématiques de MEDICODE à l'étude de la
communication entre médecin généraliste et patient asthmatique adulte

11634194

par

Germain Bukassa Kazadi

Programme des Sciences biomédicales

Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en Sciences biomédicales

Option : Recherche clinique biomédicale

Avril 2005

© Gemain Bukassa Kazadi, 2005



W

4

U58

2005

V. 142

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Adaptation des catégories thématiques de MEDICODE à l'étude de la
communication entre médecin généraliste et patient asthmatique adulte.

Présentée par :
Germain Bukassa Kazadi

a été évaluée par un jury composé de personnes suivantes :

Dr Jean-Luc Malo, président-rapporteur
Dre Marie-Thérèse Lussier, directeur de recherche
Dr Louis-Philippe Boulet, membre du jury

Thèse acceptée le :

Résumé

L'asthme est une condition de santé chronique fréquente dans la population. En Amérique du Nord, 5 à 15 % de la population en est affectée. C'est une maladie complexe de par sa variabilité dans le temps nécessitant un traitement approprié; le patient est appelé à jouer un rôle actif dans la gestion et la maîtrise de sa maladie. De récentes études ont démontré qu'un bon contrôle de la maladie et par ce fait la diminution des dépenses croissantes de santé, liées à cette maladie, résulteraient d'une bonne communication entre le médecin et le patient.

Dans le but de comprendre comment se déroulent réellement les échanges sur l'asthme et son traitement médical dans une entrevue médicale de médecine générale, nous avons entrepris de faire une étude exploratoire descriptive et d'observation en vue d'identifier les thématiques abordées dans la discussion lors de ces entrevues.

L'objectif principal de notre étude est d'adapter MEDICODE, une grille d'analyse du discours qui a déjà été validée, à des thématiques spécifiques, une fois celles-ci identifiées dans des entrevues, au problème de l'asthme et de son traitement médical.

Méthodologie

Nous avons opéré une sélection intentionnelle de 25 entrevues sur une banque de 617 enregistrements d'entrevues, sur lesquelles nous avons fait une analyse thématique. Sur les 10 cassettes de la première série, six répondaient à nos critères d'inclusion par la richesse des thèmes abordés; nous en avons fait une retranscription verbatim complète. Pour arriver à saturation d'échantillon, nous avons opéré une seconde sélection de 15 autres entrevues, enregistrées entre 2003 et 2004, sur 160 entrevues déjà codées par MEDICODE et RIAS dans le cadre d'une étude portant sur la consultation du patient asthmatique à un médecin généraliste.

Nous avons obtenu après analyse des échanges entre le médecin généraliste et le patient asthmatique adulte, une série de thèmes groupés en deux, une sur le problème de l'asthme et l'autre sur son traitement médicamenteux. Nous avons ensuite fait un arrimage entre les

thèmes identifiés dans ces entrevues et ceux prédéfinis dans MEDICODE pour en vérifier la correspondance.

Résultats et discussion.

Nos résultats nous ont révélé que la moyenne d'âge des patients de notre échantillon intentionnel est de 35.6 ans, les femmes étant deux fois plus nombreuses que les hommes à consulter pour l'asthme, plus de 3 problèmes de santé dont l'asthme sont discutés lors d'une entrevue et les médecins abordent davantage la maladie dans les entrevues. Les propos échangés sur l'asthme occupent près de la moitié de la durée totale moyenne de l'entrevue dans notre étude. La durée moyenne de l'entrevue est de 19,4 minutes. Les médecins femmes font de entrevues plus longues que leurs collègues masculins. Ainsi trois thématiques, relevées dans nos analyses, portant sur des tests de la fonction respiratoire, le diagnostic de l'asthme et l'absentéisme au travail dû à l'asthme sont des thématiques à rajouter à la grille d'analyse MEDICODE. Par ailleurs, certaines croyances ou craintes sur l'asthme s'expriment de manière implicite; le problème d'adhérence au traitement contenant des corticostéroïdes est effleuré; l'utilisation des mesures objectives pour confirmer un diagnostic évoqué d'asthme apparaît dans les entrevues au cours de ces dernières années, sans l'être systématiquement.

Conclusions

La communication médecin-patient vise la promotion de la santé en prônant le modèle d'un partenariat thérapeutique. Les études de communication permettent d'observer et d'évaluer concrètement comment se déroule la discussion entre médecin et patient, quelles sont les conditions associées à cette discussion et quelle est la thématique abordée lors de cet échange. Cela demande de prendre en compte tout autant le point de vue du patient sur son traitement que le point de vue médical sur le contrôle et la maîtrise de la maladie.

Mots-clés : asthme, communication, médecin généraliste, patient asthmatique adulte, analyse thématique, soins de première ligne.

Abstract

Asthma is a chronic health condition frequently observed in the population. In North America, 5 to 15 % of the population is affected. It is a complex disease requiring a suitable treatment taking into consideration its variability in time; the patient has to play an active role in the management and the control of his disease. Recent studies showed that a good control of the disease leading in fact to the reduction of the increasing expenditure of health, related to this disease, would result from a good communication between the doctor and the patient. With an aim of including/understanding how are really held the exchanges on asthma and its medical treatment in a medical interview in general practice, we undertook a descriptive exploratory and observation study in order to identify the sets of themes approached in the discussion at the time of these interviews.

Our principal objective in this study is to adapt MEDICODE, a validated coding instrument developed to assess problem and medication discussions during medical consultations, to these sets of themes, once identified, on the problem of asthma and its medical treatment

Methods

We operated a selection of 25 interviews in two phases from a bank of 617 recordings of interviews, on which we made a thematic analysis. From the first series of 10 audiotapes, six corresponded to our inclusion criteria by the richness of the topics discussed, these audiotapes were retranscribed verbatim. In the second phase, we operated a selection of 15 interviews, recorded between 2003 and 2004, out of 160 interviews already coded by MEDICODE and RIAS. We obtained, after analysis of the exchanges between the general practitioner and the adult asthmatic patient, a series of topics grouped into two categories: the problem of asthma and the treatment of asthma. We then made a stowing between the topics identified in these interviews and those preset in MEDICODE, to check their correspondence.

Results and discussion.

Our results revealed that the average age of the patients in our intentional sample is 35.6 years, women being twice more numerous than men to consult for asthma. More than 3 problems of health are discussed at the time of an interview and doctors talk more about the disease in the interviews. The exchanges on asthma occupy about half of the average total duration of the interview in our sample. The average duration of the interviews was 19, 4 minutes. The female doctors had longer interviews than their male colleagues. Thus, three sets of themes, raised from our analyses, should be added to the MEDICODE grid of analysis: tests of the respiratory function, the diagnosis of asthma and the absenteeism with work due to asthma. Moreover, certain beliefs or fears about asthma are expressed in an implicit way; the problem of adherence to corticosteroids treatment is approached; the use of objective measurements to confirm an evoked diagnosis of asthma becomes mentioned in the interviews these last years, without being done systematically.

Conclusion

Doctor-patient communication aims to promote health by advocating the model of a therapeutic partnership. Studies on communication make it possible to observe and to evaluate really how is held the discussion between the doctor and the patients, what are the conditions associated with this discussion and what themes are exchanged. That requires taking into account as much the point of view of the patient on his treatment as the medical point of view on the control of the disease.

Keywords: asthma, communication, general practice physician, asthmatic patient, thematic analysis, primary health care.

Table des matières

<i>Résumé.....</i>	<i>iii</i>
<i>Abstract.....</i>	<i>v</i>
<i>Liste des tableaux.....</i>	<i>x</i>
<i>Liste des figures.....</i>	<i>xi</i>
<i>Les annexes.....</i>	<i>xii</i>
<i>Liste des abréviations.....</i>	<i>xiii</i>
INTRODUCTION.....	1
 CHAP 1. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	 4
1.1. Problématique.....	5
1.2. Objectifs de la recherche.....	6
 CHAP 2. L'ASTHME ET LA COMMUNICATION ENTRE LE MÉDECIN ET LE	
PATIENT : ÉTAT DES CONNAISSANCES ET CADRE CONCEPTUEL.....	7
2.1. L'asthme : la maladie.....	7
2.1.1. Définition.....	7
2.1.2. Bases physiopathologiques de la maladie.....	8
2.1.3. Diagnostic de l'asthme.....	9
2.1.4. Particularités de l'asthme.....	10
2.1.5. Épidémiologie.....	12
2.2. Communication médecin-patient.....	21
2.2.1. Données sur la structure et la fonction de l'entrevue.....	21
2.2.2. Définition.....	22
2.2.3. Contenu/ interaction.....	22
2.2.4. Données générales sur la communication médecin-patient.....	23
2.2.5. Brève description de quelques stratégies communicationnelles.....	24

2.2.6. La communication et l'asthme	26
2.2.7. Les différentes méthodes d'analyse de la communication	29
2.3. Le cadre conceptuel ou cadre théorique.	31
2.3.1. L'environnement général ou contexte situationnel	32
2.3.2. Profil du patient.....	33
2.3.3. Profil du médecin	33
2.4. Les buts et hypothèses de la recherche.....	35

CHAPITRE 3. MÉTHODOLOGIE..... 36

3.1. Stratégie de recherche	36
3.2. Collecte des données et description des variables	37
3.2.1. Sources de nos données	38
3.3. Contexte de recherche	38
3.4. Outils d'analyse.....	40
3.4.1. La grille RIAS ou SIAR	40
3.4.2. MEDICODE	41
3.4.3. Données sur la qualité psychométrique des deux instruments (RIAS et MEDICODE). ..	42
3.5. Population à l'étude, échantillonnage	43
3.5.1. Constitution de l'échantillon	43
3.6. Saisie et analyse des données.....	45
3.6.1. Sélection et procédure de codage	45
3.6.2. Audition des entrevues et repérage des sections.....	46
3.6.3. Codage, conceptualisation et catégorisation	47
3.6.4. Estimation de la durée de consultation.....	50
3.6.5. Saturation d'informations	50

CHAPITRE 4. RÉSULTATS..... 51

4.1. Description de l'échantillon.....	51
4.2. Les résultats de notre analyse thématique.....	53
4.2.1. Thématiques prédéfinies dans le module « problème » de MEDICODE	55
4.2.2. Thématiques prédéfinies dans le module « médicament » de MEDICODE	70
4.2.3. Thématiques identifiées dans notre analyse ne faisant pas partie de MEDICODE	80
4.2.4. Fréquence d'occurrence des thématiques dans notre échantillon	86

CHAPITRE 5. DISCUSSION	89
5.1. Commentaires généraux.....	89
5.1.1. Les données sociodémographiques et cliniques de l'échantillon	90
5.1.2. Sur les thématiques	94
5.2. Limites de la recherche et de la méthodologie.....	101
5.3. Les implications de la recherche.....	105
CONCLUSION GÉNÉRALE	107

Liste des tableaux

- Tableau 1** Niveau de sévérité de l’asthme basé sur le traitement nécessaire à son contrôle
- Tableau 2** Critères de maîtrise de l’asthme, selon la C.C.C.A (1999)
- Tableau 3** Liste des thématiques de MEDICODE selon quatre catégories générales
- Tableau 4** Données recueillies dans les questionnaires des patients et médecins
- Tableau 5** Caractéristiques des patients, des médecins et des contextes cliniques
- Tableau 6** Correspondance des thèmes identifiés dans les entrevues sur le problème
- Tableau 7** Correspondance des thèmes identifiés dans les entrevues sur le médicament
- Tableau 8** Fréquence d’occurrence des thématiques de l’analyse thématique

Liste des figures

Figure 1	Le cadre conceptuel	p. 31 b
Figure 2	La sélection des entrevues de la première source des données	p. 43 b

Les annexes

Annexe 1 Tableau des traitements pharmacologiques pour l'asthme

Annexe 2 Verbatim intégral des entrevues de la première source de données

Annexe 3 Codage des sections des entrevues portant sur l'asthme

Annexe 4 Séquence des verbatim des entrevues complémentaires

Annexe 5 Tableau de regroupement de grands codes identifiés dans les entrevues

Annexe 6 Tableau résumé des données brutes de l'analyse sur les entrevues

Annexe 7 Tableau résumé des données brutes de l'analyse portant sur la discussion de
l'asthme dans les entrevues

Annexe 8 Tableau résumé des données complémentaires des caractéristiques des médecins
et données cliniques

Annexe 9 Lexique des thèmes pour l'analyse thématique des entrevues

Liste des abréviations

CCCA	:	Conférence canadienne de consensus sur l’asthme.
CEA	:	Centre d’enseignement pour l’asthme.
CRUM	:	Comité de revue sur l’utilisation des médicaments.
DEP	:	Débit expiratoire de pointe.
Mg	:	Milligramme.
RAMQ	:	Régie de l’assurance maladie du Québec.
RDV	:	Rendez-vous.
RIAS	:	Roter Interactive Analysis System ou SIAR (en français).
Rx	:	Médicament.
SRV	:	Sans rendez-vous.
VEMS	:	Volume expiratoire maximal en une seconde.

*À ma chère épouse Josée et à mes enfants Flora,
Clarisse et Yves-Rolland pour leur soutien durant ces longues années
de privations et de tribulations.*

*À tous les miens.
À ma mère qui s'est battue et sacrifiée pour faire de moi un homme;
à mon père qui est parti très tôt et tous ceux qui nous ont quitté ces
dernières années : Dieudonné, tantine Marie, Michael....
À toi Alexandre, mon frère, cousin, ami et compagnon de lutte
depuis l'enfance.
...À vous tous, je dédie ce travail*

Remerciements

Mes remerciements vont avant tout au Docteur Marie-Thérèse Lussier, mon directeur de recherche, pour sa disponibilité et sa transmission de la rigueur dans le travail. Auprès d'elle, j'ai appris que la recherche exige beaucoup de travail pour peu de résultats et l'importance du souci du détail. Sans son soutien, je n'aurais pas entrepris ces études en recherche clinique.

Ensuite, mes remerciements vont à Claude Richard pour son soutien tout au long de ces années de maîtrise. Il m'a facilité l'accès à l'outil d'analyse MEDICODE et, à ses côtés, j'ai pris la température de la recherche.

À Denis Roberge, je dis un grand merci pour ses conseils pratiques et techniques pour l'agencement des données utiles pour ce travail.

Je remercie aussi tout le personnel académique et scientifique de notre faculté pour la transmission du savoir et du goût de la recherche. Je nommerais particulièrement Sylvie Gendron, Sylvie Cardin et Isabel Fortier qui m'ont marqué tant par leur probité que par leur compétence.

À madame Denise Varennes, je dis merci pour son amabilité, sa disponibilité et sa finesse dans la gestion de mon dossier de scolarité au département depuis les premières démarches pour mon inscription au programme de formation; sans sa gentillesse et son affabilité, je me serais perdu dans les dédales de toutes les formalités administratives.

À Sinaseli Tshibwabwa, j'apprécie son aide précieuse pour tout le temps qu'il a pris afin d'améliorer ce travail.

Mes remerciements vont également à tous mes collègues de l'Université et de l'équipe de recherche : Catalina Gonczi, Lucero Trujillo, Habiba Boutaleb, Kabo Mbuyi, Espérance Siwe, Anne-Marie Presne, Geneviève Piché et Jérôme Hubert. Chacun d'eux a joué un rôle dans la réalisation de ce projet. Qu'ils puissent trouver ici l'expression de ma profonde gratitude pour leur appui.

Mes remerciements vont à toute l'équipe des soins de première ligne de la Cité de la Santé de Laval où j'ai rencontré des personnes passionnées par la recherche, mais aussi d'une entreeance innouie. Je pense particulièrement à Mme Chantale Legris pour sa gentillesse et son soutien logistique au cours de ces deux dernières années.

Enfin, mes remerciements s'adressent à tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont apporté leur soutien moral ou matériel tout au long de ma formation. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

INTRODUCTION

De nombreuses études récentes ont démontré qu'une bonne communication entre le médecin et le patient favorise une gestion adéquate des maladies chroniques, améliore l'adhérence du patient au traitement, et conduit à un bon contrôle de celles-ci.

L'asthme est une maladie respiratoire chronique qui nécessite une bonne gestion à cause de sa variabilité dans le temps et la complexité de son traitement. Parmi les maladies respiratoires obstructives les plus répandues et les plus connues, l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique sont les plus courants; il est très important d'en bien poser le diagnostic différentiel (Boulet et Bourbeau, 2002; Mintz, 2004).

L'asthme est une maladie chronique qui affecte aussi bien la qualité de vie de la personne que celle de sa famille, les relations avec ses pairs voire sa carrière (Partridge, 2002; Goeman, Aroni, Stewart *et col*, 2002). Aussi cette maladie peut-elle avoir des conséquences considérables, tant pour le patient, sa famille que pour la société, car elle est une source importante de consommation de soins de santé (Weiss *et col*, 1992; Barnes, Jonsson et Klim 1996; Cochrane, Horne et Chanez, 1999; Laurier, Kennedy, Malo *et col*, 1999).

Une hausse constante de la prévalence de l'asthme avait été observée au cours des années 1980-1990, mais elle serait en phase de plateau depuis ces dernières années (Anderson, 2005). Les raisons évoquées pour cette hausse étaient nombreuses notamment l'augmentation de la pollution atmosphérique, le confinement de la vie urbaine et le fait que les médecins en diagnostiquaient davantage. Tous les âges, toutes les ethnies et tous les milieux sociaux en sont atteints (Chan-Yeung, 2003; Boulet, 2005). C'est une maladie en progression, le nombre d'asthmatiques augmentant avec l'urbanisation et le mode de vie occidental. Malheureusement, de nombreuses personnes n'en reconnaissent pas les premiers symptômes, sa prévalence réelle est sous-estimée et le traitement souvent retardé (Boulet, 1998).

Sachant que la grande majorité des patients asthmatiques sont suivis par un médecin généraliste au Québec, il devient impératif de connaître la place réelle qu'occupe la discussion sur le problème d'asthme, son traitement et sa gestion adéquate au cours de la consultation. En effet, en soins de première ligne, le médecin reçoit des patients asthmatiques qui viennent consulter pour diverses raisons. Et tout au long de cette consultation, plusieurs problèmes sont abordés par le médecin et ces patients.

Il est connu aussi qu'au moins 40 % des asthmatiques ne savent pas réagir face à une aggravation de leurs symptômes et que 50 % d'entre eux ne sont pas suffisamment adhérents au traitement médicamenteux (Blais, Grégoire, Rouleau *et col* 2001; Boulet et Bourbeau 2002; Vervloet, 2003; Gillissen, 2004). Les raisons évoquées sont multiples et complexes. Il s'agit aussi bien de la phobie des corticostéroïdes, du coût relié à cette médication que de la sensation quasi-instantanée du mieux être ressentie par le patient lors de la prise des β_2 agonistes à courte durée d'action (Partridge, 2003). D'autres études évoquent les effets secondaires aux corticostéroïdes inhalés (O'Byrne et Vethanayagam, 2000). Il appert que les raisons de cette non-adhérence relèvent autant des aspects affectifs que des aspects rationnels de la décision de prendre les médicaments anti-asthmatiques. (Adams, Pill et Jones, 1997; DiMatteo, Giordani, Lepper *et col*, 2002).

À cette pauvre adhérence au traitement s'ajoutent une mauvaise compréhension de la maladie et du traitement de la part de la personne qui en souffre; des traitements parfois mal adaptés et des habitudes de vie inadéquates (exposition aux animaux chez les personnes sensibilisées ou tabagisme). Tous ces facteurs augmentent la morbidité, la mortalité, l'impact sur l'utilisation des services de santé et les coûts (Boulet et Bourbeau, 2002).

On pourrait mentionner que 40 à 60 % des prescriptions des anti-asthmatiques sont faites lors des consultations dont l'objet principal n'est pas seulement l'asthme (Van Ganse Leufkens, Vincken *et col*, 1997). Au Québec, l'utilisation de certains médicaments, dont les

agonistes β_2 à longue durée d'action et les antagonistes des récepteurs des leucotriènes, délivrés pour le traitement de l'asthme n'est pas optimale, elle est non conforme aux recommandations des experts, selon la publication du CRUM en 2003.

Nous avons donc d'une part la difficulté d'adhérence au traitement, d'autre part la nature variable de la maladie qui a des conséquences sur la qualité de vie du patient, la gestion et le contrôle de la maladie. C'est pourquoi un bon contrôle de l'asthme requiert une bonne communication entre le médecin et le patient sur une base individuelle voire personnalisée afin d'assurer une approche flexible au traitement, soutenu par un plan d'action clair (Boulet 2000; Partridge, 2004). Une bonne communication entre le médecin et son patient asthmatique favoriserait l'adhésion souhaitable au traitement et améliorerait la satisfaction.

CHAP 1. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'asthme est une maladie respiratoire très fréquente. Cette maladie touche 5 à 15 % de la population en Amérique du Nord (Boulet, 1997) cela dépendamment bien sûr des régions. Les enfants et les adultes jeunes sont les plus touchés par la maladie, les femmes aussi seraient plus touchées que les hommes proportionnellement (Boulet 1997, Statistique Canada, 2002).

Un sondage canadien effectué en 1998 et dont les résultats ont été publiés en 2000 avait révélé que la non maîtrise de l'asthme serait en partie liée à des problèmes de communication entre le médecin et le patient asthmatique. Une bonne communication serait donc une des clefs dans la gestion de la maladie et de son contrôle.

Dans ce travail, nous allons aborder de manière succincte la maladie asthme en tant que condition complexe (Partridge, 2000); ensuite, après avoir défini ce que nous entendons par communication dans le cadre d'une pratique médicale, nous allons décrire quelques stratégies de communication et enfin identifier par une brève analyse une série des thématiques potentiellement soulevées dans la discussion sur le sujet de l'asthme et de son traitement dans la communication médecin-patient.

Dès lors qu'on sait qu'il y a des différences nettes entre les recommandations d'experts par rapport au diagnostic et au traitement de l'asthme et la pratique courante, et que le médecin généraliste aborde ce problème dans une consultation où il a à gérer d'autres problèmes de santé, il devient pertinent de voir comment concrètement le problème d'asthme est discuté dans une consultation de médecine générale. Notre travail consistera essentiellement à adapter MEDICODE, un instrument de codage des entrevues médicales à la problématique de l'asthme et de son traitement.

1.1. Problématique

L'asthme est certes une maladie chronique, mais une maladie complexe, ayant des caractéristiques particulières, ponctuée par des périodes de crise suivies des périodes de rémission qui font que le patient doit jouer un rôle actif dans la gestion de sa pathologie, le traitement médical nécessitant parfois une combinaison de plusieurs médicaments (Boulet, 1997; Lussier, 2000; Bodenheimer, Lorig, Holman *et col*, 2002; Bensch et Prenner, 2003)

Si d'une part, on dispose aujourd'hui des moyens diagnostiques et thérapeutiques avancés, on est surpris d'autre part de constater que la mortalité et la morbidité restent toujours élevées voire qu'elles ne cessent d'augmenter depuis plus de deux décennies, tant et si bien que le fardeau de cette affection sur le système des soins de santé s'alourdit davantage par une utilisation inappropriée des services de soins de santé. (Laurier, Kennedy Malo *et col*, *op cit*)

Afin d'obtenir une maîtrise acceptable de cette maladie, plusieurs études sur l'asthme ainsi que les experts sont d'avis qu'une bonne communication entre le médecin et le patient asthmatique favoriserait l'adhérence du patient au traitement, améliorant ainsi la maîtrise de sa maladie et la qualité de vie du patient (Cochrane, 1992; Partridge, 1999).

Dans le but de saisir la problématique de la communication dans la relation médecin généraliste et le patient asthmatique adulte, nous avons mené une étude descriptive d'observation des entrevues médicales afin de mieux comprendre comment se passe réellement, durant ces entrevues, la communication entre les médecins et les patients à propos de divers problèmes de santé, y compris l'asthme. Quant à l'impact que cette visite peut avoir sur le comportement du patient vis-à-vis de la gestion et du contrôle de sa maladie, elle fera l'objet de l'étude principale dans laquelle la présente étude s'insère.

D'autres aspects, non abordés dans notre travail, seront examinés dans le cadre général des futures recherches sur l'asthme.

1.2. Objectifs de la recherche

Notre étude est une étude préliminaire. Elle entre dans le cadre général d'une recherche portant sur la consultation du patient asthmatique adulte à son médecin généraliste en soins de première ligne.

Elle vise les objectifs suivants : relever, conceptualiser et catégoriser en thématiques, sur une base empirique, les propos soulevés dans la discussion autour de la maladie et de son traitement afin d'adapter le MEDICODE, une grille d'analyse de la communication, à la problématique spécifique de l'asthme. Pour ce faire, tous les thèmes abordés sur la médication et les différentes facettes de la condition médicale d'asthme seront identifiés.

CHAP 2. L'ASTHME ET LA COMMUNICATION ENTRE LE MÉDECIN ET LE PATIENT : ÉTAT DES CONNAISSANCES ET CADRE CONCEPTUEL.

2.1. L'asthme : la maladie

2.1.1. Définition

L'asthme est une maladie caractérisée par une inflammation des voies respiratoires, une obstruction réversible de ces voies et une hyperréactivité des bronches à une variété des stimuli (Boulet, 1997; Fernandez, 2000; NHBLI, 1997; Barnes, 2002).

Cette brève définition fait partie d'un lot de définitions déjà proposées, cependant nous retiendrons celle qui nous semble la plus complète. Au début des années 1960, on le définissait comme un état caractérisé par un rétrécissement diffus des voies aériennes fluctuant en gravité sur de courtes périodes, spontanément ou sous l'effet du traitement, le tout n'étant pas causé par une maladie cardiovasculaire (American Thoracic Society, 1962) cité par Boulet (1998). Depuis lors, plusieurs recherches ont conduit à en comprendre les mécanismes physiopathologiques et à en décrire la pathogenèse. Par la suite, la notion d'hyperréactivité bronchique est développée, et plus récemment celle d'inflammation des voies aériennes qui furent incluses dans la définition contemporaine de l'asthme.

Ainsi dès 1995, la NHLBI (*National Heart Lung and blood Institute*) donnait une définition de l'asthme comme étant un désordre inflammatoire chronique des voies

respiratoires dans laquelle plusieurs cellules et composants cellulaires jouent un rôle, en particulier les mastocytes, les éosinophiles, les lymphocytes T, les macrophages, les neutrophiles et les cellules épithéliales. Chez les individus susceptibles, cette inflammation cause des épisodes récurrents de respiration sifflante (wheezing), difficulté respiratoire, douleur thoracique et toux, particulièrement durant la nuit et au réveil le matin. Ces épisodes sont généralement associés à une obstruction répandue généralisée des conduits aériens qui est souvent réversible soit spontanément ou suite à un traitement.

2.1.2. Bases physiopathologiques de la maladie

L'asthme est reconnue comme étant une maladie multifactorielle. Les mécanismes physiopathologiques expliquant le développement de l'état asthmatique font actuellement l'objet de beaucoup de recherches en immunologie, pneumologie et allergologie. Bien que ce ne soit pas l'objet de la présente étude, il nous apparaît pertinent de présenter brièvement l'état des connaissances sur ce sujet.

Comme indiqué dans la définition de l'asthme, il est reconnu que l'élément central de l'asthme et des états associés est le rétrécissement du calibre des voies respiratoires, consécutif à une hyperréactivité bronchique couplée avec plus ou moins de réactions inflammatoires des cellules bronchiques. Il semblerait que l'inflammation bronchiale soit un facteur fondamental commun que les réponses inflammatoires allergiques soient induites par des cytokines de type Th2 incluant les interleukines IL-4, IL-5 et IL-3 (Busse et Lemanske, 2001; Luckas NW, Al Miller, Hogaboam 2003).

Dans l'asthme chronique persistant, il y a, en plus de l'inflammation, des changements structuraux de la bronche, ce qui conduit à du « remodelage bronchique ». En effet, l'asthme est associé à une réaction inflammatoire chronique de la paroi bronchique et un asthme chronique persistant provoque un remodelage de la paroi bronchique, des lésions

pulmonaires obstructives irréversibles et une détérioration plus rapide de la fonction respiratoire (Boulet, Turcotte, Turcot et col, 2003; Pauwels, Pederson, Busse et al, 2003).

De nombreuses études mettent l'accent sur l'interaction entre l'atopie, les réactions allergiques et les caractères génétiques qui prédisposent au développement de l'asthme (Martinez, 1997; Laitinen, 2002). Certaines de ces études portent sur des mécanismes de contrôle par les cellules T, régulatrices du développement des maladies allergiques et de l'asthme (Barnes, 1999; Ometsu, Akbari et DeKruyf, 2003). Il y aurait donc une relation certaine entre le développement de l'asthme et les réactions allergiques. Ainsi, la dermatite atopique et la rhinite accompagneraient ou précéderaient souvent le développement de l'asthme (Boulet et Boulay, 2003). Cette allergie de type atopique joue un rôle quand l'asthme commence dans l'enfance ou la jeunesse, cependant ce rôle est moindre dans l'asthme apparaissant à l'âge adulte.

Par contre, on a démontré massivement que l'asthme allergique et la rhinite coexistent chez beaucoup de patients. En effet, ces deux maladies sont étroitement liées par des facteurs épidémiologiques, physiopathologiques et thérapeutiques (Boulay et Boulet, *op cit*, Chanez, Godard et Roche, 2004).

2.1.3. Diagnostic de l'asthme

Le diagnostic de présomption de l'asthme est avant tout clinique. Les symptômes présentés par le patient sont principalement la toux, des sifflements ou des sibilances persistantes, l'essoufflement et une sensation d'oppression thoracique. Mais le diagnostic certain de l'asthme repose sur l'évaluation des symptômes et des signes physiques ainsi que sur des mesures objectives de l'obstruction bronchique : la spirométrie, les mesures des DEPs (débits expiratoires de pointe) et la provocation à la métacholine (Boulet *et col*, 1999 ; 2002).

Comme maladie respiratoire chronique, l'asthme pose quand même des problèmes de diagnostic différentiel chez l'adulte. Il peut tout aussi bien s'agir cliniquement de l'obstruction mécanique des voies respiratoires, de l'insuffisance cardiaque, de l'emphysème respiratoire ou des maladies respiratoires pulmonaires chroniques (Mintz, 2004). En effet, au delà de 40 ans, la prévalence des autres maladies chroniques pulmonaires obstructives augmente sensiblement. Chez l'adulte, les maladies respiratoires obstructives les plus répandues sont l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), d'où l'importance de bien poser le diagnostic différentiel (Boulet et Bourbeau, *op cit*). Ce postulat trouve toute son importance dans la démarche diagnostique tel que le montrent les étapes du diagnostic de l'asthme et de sa prise en charge proposée par la Conférence Canadienne de Consensus sur l'Asthme (CCCA). D'après Just et Grimpel (2003), le diagnostic médical de l'asthme est plus certain chez les patients âgés de 5 à 45 ans

2.1.4. Particularités de l'asthme

La présentation de l'asthme est caractéristique. Il en existe plusieurs formes cliniques. L'asthme se caractérise, par des périodes d'exacerbations durant lesquelles les symptômes ou signes respiratoires sont proéminents et des périodes creuses ou de rémission durant lesquelles la symptomatologie respiratoire est minime ou même complètement absente. L'asthme est ainsi considéré comme une maladie à expression clinique variable qui peut induire chez le patient qui en est atteint un sentiment de perplexité, de peur, ou de colère et une modification des activités de la vie quotidienne. Son impact sur la qualité de vie du patient est potentiellement considérable (Partridge, 2002).

Les exacerbations sont caractérisées par une aggravation persistante sans retour à l'état de base, en opposition à un mauvais contrôle, sont habituellement prévisibles (Boulet 2003, Busse et Lemanske, 2004). On observe un scénario typique : augmentation du besoin en bronchodilatateurs, éveil nocturne une fois puis deux fois, ensuite le patient passe la nuit

debout, puis il consulte. Son traitement requiert parfois l'utilisation d'une combinaison de plusieurs médicaments (Boulet, 1997, Mintz 2004).

La caractéristique de la maladie par des phases aiguës suivies de périodes d'ajustement permettrait au professionnel de santé de tenter de déterminer une approche thérapeutique optimale (Richard et Lussier, 2001) et un suivi du patient. En effet, il est évident qu'il y a encore beaucoup de points à améliorer dans l'évaluation et le traitement de l'asthme. Ces points sont si importants et nombreux qu'ils demandent au professionnel de santé d'assurer un suivi régulier du patient, de profiter des moments privilégiés que sont les rendez vous pour un examens annuel ou les périodes d'accalmie pour évaluer les besoins thérapeutiques du patient, d'introduire des thérapies en fonction du degré de la maîtrise de la maladie, de référer s'il y a lieu au spécialiste et enfin d'assoer ou renforcer l'éducation thérapeutique donnée au patient.

La maladie est aussi classifiée en diverses catégories. On la distingue selon sa stabilité ou son niveau de sévérité. Elle est dite intermittente, ou persistante allant de légère, modérée ou sévère, le niveau de sévérité étant basé sur le traitement nécessaire à sa maîtrise (Voir tableau 1, page 12).

Tableau 1 Niveau de sévérité de l'asthme basé sur le traitement nécessaire à son contrôle

Sévérité de l'asthme	Symptômes	Traitement requis
Intermittent	Légers peu fréquents	Aucun traitement ou β_2 mimétiques à la demande (sauf avant un effort ou l'exposition à un allergène) Éviction ou maîtrise des facteurs déclenchants
Persistant léger	Bien contrôlés	β_2 mimétiques occasionnellement et faible ou moyenne dose de corticoïdes inhalés (500 $\mu\text{g}/\text{j}$ équivalent bécloéthasone) avec ou sans traitement additionnel. Éviction ou maîtrise des facteurs déclenchants
Persistant modéré	Bien contrôlés	β_2 mimétiques et hautes doses de corticoïdes inhalés (1 000 $\mu\text{g}/\text{j}$ équivalent bécloéthasone) avec traitement additionnel (bronchodilatateurs longue durée, anti-leucotriènes) Éviction ou maîtrise des facteurs déclenchants
Persistant sévère	Peuvent être contrôlés ou non contrôlés	β_2 mimétiques et hautes doses de corticoïdes inhalés ($\geq 1\,500\mu\text{g}/\text{j}$ équivalent bécloéthasone) avec traitement additionnel et glucocorticoïdes oraux en fonction des exacerbations, éventuellement en continu, nébulisations de bronchodilatateurs à domicile dans les formes les plus sévères. Éviction ou maîtrise des facteurs déclenchants

Ce tableau est adapté à partir du tableau 3 de la page SF2 du *JAMC (1999)*, 161 (11 suppl) du Résumé des recommandations de la Conférence Canadienne de Consensus sur l'Asthme.

2.1.5. Épidémiologie

2.1.5.1. Ampleur du problème (prévalence)

La prévalence de la maladie asthmatique était en constante augmentation depuis 1960 (Anaes, 2001), elle est devenue plus importante au cours des années 1980 jusque vers la fin des années 1990 (Beasley, 2002). Depuis lors, on a observé une tendance à la stabilisation, celle-ci reste en phase de plateau (Anderson, 2005) même si les raisons de cette stabilisation ne sont pas claires. L'asthme est aussi l'une des maladies respiratoires les plus fréquentes, quoique sa prévalence varie beaucoup selon les pays et les périodes d'enquête (Boulet, 1998).

Selon les données épidémiologiques, on notait que la prévalence en France était de 3,5% (Grenoble) à 5,1 % (Paris). Elle serait de 7,5 à 8,4 % en Angleterre, de 2,9 % en Grèce et 3,4 % en Islande. Au Canada la prévalence qui était de 6,5% en 1994-1995 est passée à 8,4 % en 2000-2001 (Statistiques Canada, *op cit*), environ 10 % de la population canadienne souffrira d'asthme au cours de sa vie (Boulet, 2005).

Si on note au cours des dernières décennies une hausse de prévalence dans les pays industrialisés ainsi que dans les autres pays du monde, cependant l'incidence dans ces pays reste, somme toute, semblable à celle d'il y a 10 ans. En effet une enquête menée en Norvège sur une période de 11 ans révèle que l'incidence de l'asthme, c'est-à-dire l'apparition de nouveaux cas, après contrôle de l'âge et du tabagisme, reste inchangée. (Eagan, Bakke, Eide *et col*, 2003)

Par ailleurs, le taux de mortalité associé à l'asthme dans les pays industrialisés est d'environ 2 pers/ 100,000 personnes-années (Boulet, 1998). Au Québec cependant, les résultats ont montré que le taux de mortalité par 100 000 personnes-années tendait à diminuer avec les années, passant de 1,82 en 1987 à 1,01 en 1996 (Laberge, Lajoie, Lebel *et col*, 1999)

Plus de 60 % des décès attribuables à l'asthme parmi les personnes âgées de 15 à 34 ans surviennent habituellement à l'extérieur de l'hôpital (Boulet, 1998). Or 80 % de ces décès auraient pu être évités si ces asthmatiques avaient été mieux informés à propos de leur maladie (Boulet, 1998). De là, croyons-nous, l'intérêt et l'importance d'une communication médecin-patient efficace.

2.1.5.2. Conséquences économiques : lourd fardeau économique

Il va sans dire que l'asthme est une maladie qui peut être maîtrisée. Cependant la méconnaissance de la gestion de la maladie et une mauvaise adhérence au traitement conduisent à une utilisation accrue et coûteuse des services de santé. En effet comme l'illustrent les données suivantes : aux USA, le coût total estimé de l'asthme en 1985 était proche de 4,5 milliards \$ US; les dépenses directes médicales approchaient 2,4 milliards \$ US soit 53% du coût total. (Weiss *et col*, 1992). Une estimation de 1990 révèle que le fardeau financier était alors d'approximativement 6,6 milliards de \$ US, représentant 3,6 milliards \$ US pour des dépenses directes de santé pour l'asthme et 2,6 milliards pour des coûts indirects attribués à la maladie (Beasley, 2002), qui comprennent aussi bien les coûts reliés aux absences, aux arrêts maladies que les frais d'hospitalisation.

On estimait le coût direct annuel à 306 millions \$ de l'asthme au Canada (Krahn *et col*, 1996), et à 84,4 millions \$, le coût des soins dispensés aux malades hospitalisés, sans compter les médicaments (Laurier, Kennedy, Malo *et col*, op cit).

2.1.6. Suivi des patients asthmatiques en soins de première ligne

Au Québec, comme dans les autres provinces canadiennes, l'accès aux services de médecins de première ligne semble être un problème généralisé. Les difficultés que rencontre la population pour obtenir des services ne sont plus limitées aux régions éloignées. On les retrouve aussi dans les centres urbains pour certains types de services (salles d'urgence, soins à domicile, soins de longue durée) et même pour la population en général qui cherche un médecin de famille (Contandriopoulos, 1999).

Or, les patients asthmatiques sont suivis dans leur grande majorité en soins de première ligne. Ainsi, 70 % des cas d'asthme légers et modérés sont suivis par des médecins généralistes (Krahn, Berka, Langlois et Detsky, 1996; Statistiques Canada, 1996-1997). De plus ces praticiens, contrairement au médecin spécialiste, pneumologue, interniste ou allergologue, accueillent en consultation des patients ayant souvent de multiples pathologies (Stange Zyzannsky, Jaen *et col*; 1998; Richard et Lussier, 2004).

Au Québec, un réseau pour l'éducation thérapeutique aux patients asthmatiques, comprenant des centres d'enseignement aux asthmatiques (CEA), avec des objectifs précis, a été institué depuis 1994 (Comité scientifique du RQEA, 2000; Boulet, Thivierge *et col*, 2002). Le Réseau québécois de l'enseignement sur l'Asthme (RQEA), est devenu officiellement en 1998 un organisme sans but lucratif intégré au réseau des soins et des services de santé du Québec.

Le RQEA est destiné à procurer aux asthmatiques et à leur entourage un enseignement uniforme et de qualité leur permettant de mieux prendre en main leur asthme. Ainsi, avec l'aide des professionnels, ils pourront réduire les conséquences néfastes de l'asthme en plus d'améliorer leur qualité de vie. Le RQEA a assisté à la création de quelques 110 centres d'enseignement sur l'ensemble de la province dont certains sont des centres de référence comme le CEA de l'hôpital Sacré-Cœur de Montréal.

Il nous paraît impérieux de faire un arrimage des interventions médicales en soins de première ligne et des interventions de ces centres d'enseignement pour permettre non seulement une meilleure coordination de la prise en charge de l'asthme, mais surtout le renforcement de l'éducation thérapeutique donnée aux patients asthmatiques en vue d'obtenir une maîtrise acceptable de la maladie.

En soins de première ligne, il faut reconnaître que le médecin est le point de référence dans l'éducation thérapeutique du patient. Pour être un conseiller efficace, le médecin doit découvrir non seulement la nature du problème mais il doit également

explorer les perceptions du patient au sujet de son problème et de son traitement (Evans, 1986). Le médecin de famille, de par son intérêt pour la prévention et la promotion de la santé de son patient, occupe une place stratégique dans l'organisation des soins qui lui permet d'aborder les habitudes de vie qui peuvent avoir un impact sur l'état de santé du patient.

En outre, les résultats de certaines études suggèrent que les médecins traitants, particulièrement les généralistes, ont tendance à sous-diagnostiquer l'asthme, à en sous-estimer la gravité (Jones et Sykes, 1990; Bousquet, Knani, Henry *et col* 1996).

Des études récentes ont aussi démontré et confirmé que les tests des fonctions respiratoires sont sous utilisés dans la gestion de l'asthme et que le niveau d'utilisation est très faible chez les médecins de première ligne, partiellement parce les médecins généralistes ne reconnaissent pas pleinement la valeur de la spirométrie dans l'évaluation de l'asthme (Eaton, 1999; Peterson 2003; O'dowd *et col.* 2003). Lopez-Vina, Cimas *et col.* (2003) dans une étude effectuée en Espagne, vont dans le même sens. Deux explications sont avancées pour rendre compte des différences d'utilisation des tests de fonction respiratoire entre les généralistes et les pneumologues : la durée très courte des consultations en première ligne et le manque de formation des médecins généralistes dans l'utilisation et l'interprétation des ces tests.

2.1.7. Traitement de l'asthme

Le traitement de l'asthme vise une maîtrise acceptable de la maladie et ne peut pas être exclusivement un traitement pharmacologique. En effet, la maîtrise repose sur un contrôle de l'environnement, un enseignement au patient et un traitement médicamenteux adéquat. Des recommandations et principes directeurs ont été établis par la CCCA (Boulet *et col.*, 1999) selon lesquels l'objectif principal de la prise en charge de l'asthme est d'obtenir une maîtrise de la maladie, d'éliminer ou de réduire au minimum les visites au service des

urgences et l'hospitalisation (indicatifs d'une mauvaise maîtrise ou d'une prise en charge inadéquate de l'asthme).

La nature complexe et chronique de l'asthme avec ses exacerbations et ses périodes de remission exige donc du patient qu'il joue un rôle actif dans la gestion de sa maladie. Les critères de maîtrise de la maladie sont par ailleurs résumés dans le tableau 2.

Tableau 2 Critères de maîtrise de l'asthme, selon la Conférence Canadienne de Consensus sur l'Asthme (1999)

PARAMÈTRE	FRÉQUENCE OU VALEUR
Symptômes diurnes	< 4 jours/semaine
Symptômes nocturnes	<1 nuit/semaine
Activité physique	Normale
Exacerbations	Légères, peu fréquentes
Absence de travail ou de l'école	Aucune
Besoin en agoniste β_2 inhalé à courte durée d'action	< 4 doses/semaine
VEMS ou DEP	> 85 % du maximum personnel, idéalement 90%
Variation diurne du DEP	15% de variation

© Boulet *et col*, 1999

Selon ce tableau, la maîtrise des symptômes décrite indique que la personne asthmatique devrait vivre une vie normale sans restrictions de ses activités

- les personnes asthmatiques devraient éprouver des symptômes diurnes de l'asthme (toux, respiration sifflante, essoufflement) moins de 4 fois par semaine;
- l'absence de réveil nocturne;
- éliminer l'absentéisme à l'école ou au travail et l'incapacité des patients à remplir leurs fonctions sociales à cause de l'asthme;
- les médicaments de soulagement des symptômes ou de « secours » ne doivent être utilisés qu'au besoin pour apaiser les symptômes de l'asthme;
- les exacerbations de l'asthme doivent être légères ou peu fréquentes;
- les personnes asthmatiques doivent être capables de maintenir leur degré d'activité physique habituel

D'autres recommandations importantes sont d'effectuer des mesures objectives de la fonction respiratoire et de s'en servir pour poser le diagnostic de l'asthme. Enfin, une fois la maîtrise acceptable de sa maladie acquise, il est recommandé de remettre au patient, un plan d'action écrit et bien structuré.

2.1.7.1. Le contrôle de l'environnement

La prévention et la maîtrise de l'asthme reposent entre autre sur le contrôle de l'environnement, en particulier à l'intérieur du domicile (Ernst; 2002) et son environnement immédiat. Des mesures visant à éliminer ou réduire les facteurs d'irritation bronchique dans l'environnement immédiat du patient tel l'exposition aux acariens, aux allergènes des animaux domestiques, aux moisissures et aux irritants respiratoires comme la fumée de tabac secondaire ou primaires, l'humidité, la poussière (plantes, tapis) devraient être prioritaires.

2.1.7.2. Éducation du patient

Il est reconnu que l'éducation thérapeutique est un des piliers du traitement de l'asthme (Boulet et Bourbeau, *op cit*) et qu'elle est nécessaire pour renforcer les connaissances sur l'utilisation de divers médicaments nécessaires pour une bonne maîtrise de la maladie (Vervloet, 2003).

Le premier but visé par l'éducation des patients en soins de première ligne est de réduire la morbidité de l'asthme ainsi que ses conséquences (Partridge, 2000).

De nombreux programmes ont déjà été développés pour l'enseignement de l'asthme aux patients qui en sont atteints (Boulet, Thivierge, 2002). Cependant cette approche présente des limites. Les statistiques suggèrent qu'il y a moins de patients que

les chiffres indiqués, qui sont touchés par les programmes structurés d'enseignement. En effet ces programmes ne rejoignent que 40 à 60 % de la population visée (Bolton 1991; Boulet, 2000). Ce sont généralement des patients les moins à risque, soit les femmes, les non-fumeurs, les asthmatiques régulièrement suivis par un médecin ou ayant un asthme modéré. Par contre les milieux socio-économiques défavorisés, les personnes fréquentant souvent les urgences et celles qui ont eu un épisode presque fatal seraient plus difficilement rejointes par ces programmes (Turner, Taylor, Bennett *et col* 1998; Leduc, Loignon, Lussier *et col*, 2001)

Aussi le médecin doit-il jouer un rôle important dans l'éducation du patient asthmatique, car il reste encore la principale source d'information (Evans, 1986; Partridge et Hill 2000) et est le meilleur interlocuteur pour asseoir les connaissances du patient. C'est que l'éducation du patient vise non seulement un changement de connaissances mais surtout une modification du comportement du patient asthmatique dans le sens d'une autogestion de la maladie.

2.1.7.3. Recommandations sur le traitement médicamenteux

Ces recommandations sont le résumé de celles de la CCCA : le traitement initial visant une maîtrise rapide de l'asthme doit comprendre les agonistes β_2 à courte durée d'action au besoin si les symptômes sont peu fréquents et que les DEPs ou les VEMS sont normaux, ce traitement ne devant pas excéder plus de trois doses prises par semaine (Boulet *et col*, 1999; CRUM, 2002). Il apparaît évidemment que ces directives sont complexes dans la pratique courante, et ne sont pas nécessairement suivies par les médecins généralistes. (Boulet *et col*, 2002; Gillissen, 2004) En outre, malgré certaines améliorations notées dans l'utilisation des médicaments par les patients depuis quelques années, un constat reste toujours d'actualité : l'utilisation sous-optimale des corticostéroïdes inhalés (Boulet 2001, CRUM 2003).

Il est important ici de distinguer les exacerbations versus la perte de la maîtrise. La définition du traitement médicamenteux changera selon les cas. Les corticostéroïdes inhalés ou oraux seront utilisés pour les exacerbations alors que pour la perte de la maîtrise, lorsque celle-ci n'est pas atteinte par un stéroïde à faible dose par inhalation, un bronchodilatateur à longue durée d'action ou un antileucotriène pourront être rajouté pour essayer d'obtenir une meilleure maîtrise (Boulet *et col*, 1999)

Mais si le besoin des agonistes β_2 à courte durée d'action excède ce seuil ou que la fonction respiratoire est anormale, le traitement pour une maîtrise rapide devra être l'utilisation des corticostéroïdes inhalés. Par contre, si les symptômes deviennent plus fréquents et que la valeur de DEPS ou VEMS est inférieure à 60 % de la valeur prévue, le traitement devra comprendre la prednisone ou les autres équivalents par voie orale. L'assainissement de l'environnement et l'enseignement au patient doivent être prévus et sont indispensables dans tous les cas.

Dans le traitement de l'asthme, nous retiendrons que les médicaments visent d'une part à éliminer l'inflammation, d'autre part à soulager le spasme au niveau des bronches. Les médicaments utilisés sont regroupés en deux types : les anti-inflammatoires, utilisés comme traitement de fond (Boulet, 1998), et les bronchodilatateurs soit des agonistes β_2 à longue durée d'action comme traitement d'appoint (voir les tableaux du CRUM, 2002).

Un concept important est introduit par les recommandations de la CCCA : le continuum du traitement. Un continuum du traitement de l'asthme vise le maintien de la maîtrise de la maladie dans le temps (Boulet *et col*, 1999). En fait, ce concept de continuum reflète une approche dynamique et adaptée à la gravité des signes et aux fluctuations de la maîtrise de la maladie pour assurer au patient une bonne qualité de vie.

De plus en plus, ces dernières années une approche plus simplifiée serait d'instituer au patient un traitement aux corticostéroïdes inhalés en une seule prise par jour, en soirée par

exemple (Mintz S, Alexander, Li *et col*, 2002; Boulet, 2004; Barnes 2005). Cela aurait l'avantage d'amener les patients à être plus adhérents au traitement, particulièrement des corticostéroïdes inhalés, reconnus comme le traitement de première intention dans le traitement de l'asthme.

Toutes ces recommandations sont faites par les experts pour permettre au clinicien d'avoir des outils qui l'aiderait d'évaluer de manière objective le diagnostic de la maladie et d'estimer globalement, dans une consultation, le niveau de la maîtrise de la maladie par le patient, l'objectif final étant de permettre une meilleure qualité de vie aux patients. Mais en les intégrant à la pratique courante, nous entrevoyons l'importance d'une bonne communication dans la relation médecin-patient, sujet que nous allons développer dans la prochaine section.

2.2. Communication médecin-patient

2.2.1. Données sur la structure et la fonction de l'entrevue

La consultation médicale est un moment privilégié durant lequel le médecin et le patient échangent des informations sur l'état de santé du patient. L'entrevue médicale constitue ainsi un type particulier de communication interpersonnelle ou de conversation sociale; il s'agit d'une forme de dialogue entre deux interlocuteurs particuliers, un patient et un médecin. C'est par l'intermédiaire de la conversation que se construit la relation médecin-patient (Richard et Lussier, 2005)

La communication est maintenant reconnue comme l'une des sept compétences que tout médecin doit maîtriser (ProMEDS 2000; Kurtz, 2002). En effet depuis quelques années, un accent est mis sur la formation des médecins et les aptitudes de ceux-ci à communiquer avec leur patient. D'après la recension des écrits, il est clair d'une part que de meilleures aptitudes à communiquer chez le médecin améliorent la satisfaction du patient et

certaines résultats cliniques et que d'autre part de bonnes aptitudes à communiquer peuvent être enseignées et apprises (Kurtz, *op cit*).

Un des modèles dominants de l'entrevue médicale est le modèle des trois fonctions (Lipkin M, Putman S, Lazare A, 1995). Selon ce modèle, l'entrevue médicale comporterait trois fonctions essentielles :

- la cueillette de l'information par le médecin dans le but de comprendre le patient et le problème qu'il présente
- le développement d'une relation avec le patient et la capacité du médecin de répondre adéquatement à l'expression des émotions du patient
- l'éducation du patient, qui englobe la transmission de l'information, les explications et le recours à des stratégies motivationnelles.

2.2.2. Définition

Dans les dictionnaires courants, le mot communication a plusieurs définitions, cependant dans le contexte qui est le nôtre, nous retiendrons que c'est un ensemble de processus d'échanges significatifs entre un sujet parlant qui produit un énoncé et un interlocuteur dont il sollicite l'écoute et/ou une réponse explicite ou implicite. (Winkin, Y, 1981)

2.2.3. Contenu/ interaction

La communication comporte plusieurs dimensions que nous résumerons ici :

- la dimension de l'interaction (ce sont des actes de langage; aspect dynamique des échanges). Cette dimension fait largement partie des études portant sur la communication médicale.
- la dimension du contenu (thématique; ce sur quoi les échanges portent). C'est particulièrement la dimension qui nous intéresse dans cette étude. Elle est celle qui nous

permet de décrire les échanges dans ce qu'ils comportent d'informations sur la maladie et son traitement.

- la dimension du contexte situationnel (cadre) dans lequel se déroule l'entrevue. Dans notre cas, c'est bien sûr la consultation en médecine générale avec tout ce qui entoure le déroulement de cette consultation. Interviennent ici tous les paramètres environnementaux, sociologiques et technologiques, qui régissent l'atmosphère de la rencontre entre le patient et le médecin, et qui ont une influence sur leurs types de rapports (Richard et Lussier, 2005).

2.2.4. Données générales sur la communication médecin-patient

On a étudié et décrit au cours des 30 dernières années différents types et styles de la relation médecin-patient. Deux méta-analyses (Hall, Roter et Katz, 1988 ; Stewart, 1995) soutiennent l'importance très large qu'exerce la communication entre un professionnel de santé et un patient sur la santé de ce dernier et son mieux-être. Les études analysées dans ces méta-analyses cherchaient à déterminer si la qualité de la communication médecin-patient aurait un effet important sur la santé du patient et ont démontré clairement l'existence d'un lien entre l'efficacité de cette communication et l'amélioration de la santé du patient.

Entre le paternalisme de la médecine « traditionnelle » (LeBaron., Reyher et Stack, 1985 ; Hall et Roter, 1993), le concept de la médecine centrée sur le patient (Stewart, Brown, Weston *et col*, 1995) et celle du partenariat entre le médecin et le patient (Clark, Gong *et col*, 1995), la communication est restée et reste le centre d'intérêt pour les études sur la relation médecin-patient.

Dans une entrevue médicale, nous devons tenir compte que la relation est souvent asymétrique tant du point de vue de l'élaboration du discours, la richesse du vocabulaire employé que dans l'influence que les propos exprimés implicitement ou explicitement ont entre un locuteur dominant (médecin) sur l'autre dominé (patient). Aussi le contexte de la

consultation influencera le type de contenu et la manière d'interagir du médecin et du patient. Par exemple, qu'il s'agisse d'un rendez-vous pour annonce de diagnostic, d'un suivi des résultats d'analyse, d'une visite annuelle pour un bilan de santé ou tout simplement d'une visite au sans rendez-vous pour un problème aigu de santé, la qualité du contenu de l'entrevue et la manière d'interagir du médecin et du patient seront différentes.

2.2.5. Brève description de quelques stratégies communicationnelles

Nous savons théoriquement que les trois fonctions principales (Lipkin, Putnam et Lazarre, *op cit*) d'une consultation médicale sont :

- La collecte de l'information
- Le développement de la relation thérapeutique
- L'explication de la maladie au patient et son éducation

La revue systématique de Stewart (1995) ainsi que les écrits de Kurtz, Silverman et Draper (1998) permettent de dégager les éléments efficaces d'une communication médecin-patient associés à des résultats de soins améliorés.

Pour la collecte de l'information, il s'agit :

a) pour le médecin

- de s'informer de la compréhension qu'a le patient de son problème de santé, ses préoccupations et sa perception de l'impact du problème sur son état fonctionnel;
- de vérifier quelles sont les connaissances de base du patient sur sa maladie;
- de s'informer des aspects affectifs associées au problème;
- d'exprimer de l'empathie.

b) pour le patient

- d'exprimer ses émotions et ses opinions par rapport au problème;
- de la perception que le problème a fait l'objet d'une discussion complète.

Pour le *développement de la relation thérapeutique*, il s'agit de :

a) pour le médecin

- avoir une bonne capacité d'écoute;
- créer un climat serein où le patient se sent à l'aise de poser des questions;
- encourager et soutenir le patient.

b) pour le patient

- être actif, poser des questions;
- avoir la facilité d'exprimer ses inquiétudes, émotions.

Pour *l'explication sur la maladie et l'éducation du patient*, il s'agit de :

a) pour le médecin

- donner des informations claires, de façon organisée et graduelle;
- vérifier la compréhension du patient des informations données
- offrir un soutien affectif;
- personnaliser le message éducatif;
- partager le processus de décision;
- s'entendre avec le patient sur la nature du problème;
- s'entendre avec le patient sur le besoin d'un suivi;
- de noter par écrit les directives du plan d'action quand l'asthme est maîtrisé.

b) pour le patient

- participer activement à ce processus en posant des questions;
- décrire ses craintes par rapport au traitement.

2.2.6. La communication et l'asthme

Bien que 91 % des canadiens asthmatiques soient d'avis que leur asthme est bien maîtrisé... 51% des personnes asthmatiques interrogées présentent une maîtrise insuffisante de leur asthme en vertu d'au moins deux paramètres issus du consensus canadien de 1999 sur l'asthme, selon les analyses faites sur les résultats de ce sondage. (Sondage Glaxo, 2000) Le problème serait lié à une carence de communication entre le médecin et son patient. Il est en outre connu qu'au moins 40 % des asthmatiques ne savent pas réagir face à une aggravation de leurs symptômes (Boulet, 1998)

Des enquêtes effectuées par Adams *et col* (1997) en Grande Bretagne avaient déjà révélé qu'au moins 50 % de personnes asthmatiques interviewées ne se considéraient pas elles-mêmes comme souffrant d'asthme. (Green, Britten 1998)

Il nous paraît donc important de souligner le rôle d'éducateur du médecin et ceci ne pouvant se faire que dans le cadre d'une bonne communication.

Vervloet (*op cit*) insiste beaucoup sur l'éducation thérapeutique du patient asthmatique: "*L'éducation thérapeutique est la clé de voûte de la prise en charge de l'asthme*". Celle-ci, couplée à un partenariat dans le suivi des soins, figure parmi les dix clefs des lignes directrices de pratique clinique pour le diagnostic et la gestion de l'asthme (Ressel G, 2003).

La communication au sujet de l'asthme prend du temps : expliquer ce qu'est la maladie, en quoi consiste l'inflammation des bronches, comment évolue la maladie, l'imprévisibilité des crises, etc... n'est pas simple. Cela implique également que les autres intervenants de santé, à savoir les infirmiers, les aides-soignants, les inhalothérapeutes, les

kinésithérapeutes, les psychologues et les pharmaciens, interviennent dans la prise en charge, le traitement de la crise, l'utilité du traitement de fond et aussi dans la prévention de la crise d'asthme.

Jusqu'à ces dernières années, le médecin avait tendance à ordonner plutôt qu'à expliquer. Il faut aujourd'hui expliquer au patient comment il peut se soigner, lui apprendre ce qui est bon ou mauvais pour lui dans son hygiène de vie, comment utiliser les systèmes d'inhalation, etc...En effet, l'utilisation des techniques de communication par les cliniciens a entre autre entraîné une amélioration de la capacité pour les patients d'augmenter leur autonomie dans la prise en charge de la maladie (Clark et Partridge, 2002).

Le clinicien a souvent tendance d'expliquer au patient en première intention la pathogenèse de la maladie, une fois que le diagnostic clinique de la maladie est établi, et de lui prescrire les médicaments. Mais on se rend vite compte que même les meilleures explications ne sont pas nécessairement retenues par le patient si ce dernier n'est pas réceptif. En effet, les connaissances sur la maladie ne garantissent pas à elles seules un comportement approprié. On reconnaît maintenant une variété de facteurs psychologiques et socioéconomiques qui influencent le comportement de santé des patients asthmatiques (Kolbe, 1999).

C'est pourquoi, dans le cas d'asthme, les comportements communicationnels qui aideraient les cliniciens à échanger plus efficacement avec les patients incluraient principalement :

- 1) adopter une attitude positive vis-à-vis de la communication (respect, humour et attention);
- 2) exprimer de l'empathie (identifier les craintes et les soucis des patients, les reconnaître et les accueillir) ;
- 3) faire des énoncés d'encouragement, des compliments et offrir de la réassurance;
- 4) fournir au patient et à sa famille des informations sur la prévention de la maladie, le suivi du patient et des informations au sujet du plan d'intervention (Partridge, 2000).

Plus le médecin transmet son savoir, plus le patient se sent sécurisé et plus il a de chances d'adhérer à son traitement, et de le suivre régulièrement. Le patient a aussi sa part de responsabilité, comme dans bon nombre de pathologies chroniques, car il a tendance à vouloir « oublier » sa maladie.

La communication sur l'asthme ne devrait pas seulement comprendre les explications sur la pathogenèse de la maladie, mais comprendre aussi le contrôle de l'environnement ainsi que l'éducation thérapeutique du patient.

2.2.6.1. Communication sur le médicament durant la consultation

Cochrane (1992) soulignait déjà que l'adhérence au traitement était un problème commun, que son ampleur était alors mal comprise et à peine étudiée. En plus, il mettait l'accent sur le fait que la faiblesse de la communication allait augmenter *crescendo* l'ampleur du phénomène. Depuis lors, plusieurs études ont confirmé ses écrits (Cerveri, Locatelli, Zoia *et col*, 1999; Cochrane, Horne et Chavez, 1999; Jones, Santerello *et col*, 2003; Williams, Pladevall *et col.*, 2004).

Les études observationnelles à propos du discours sur le traitement médical sont relativement peu nombreuses (Todd, 1993; Heat, 1980, Cockburn et Pitt, 1987, Raynes, 1979; Sleath *et col*, 1997, 1999; Stevenson *et col*, 2000); études citées par Richard (2005).

Svarstad proposait déjà en 1974 que les médecins et les patients s'engagent dans un processus de communication. Selon son étude, le patient admettait que les termes utilisés par le médecin n'avaient pas été compris seulement dans 15 % de visites où des termes médicaux peu familiers avaient été employés. Les médecins ont à leur tour semblé parler comme si leurs patients avaient compris tout ce qu'ils avaient dit. Les médecins se sont délibérément servis d'un langage fortement technique pour diriger l'entrevue et limiter ainsi

des questions embarrassantes. Un tel comportement s'était produit deux fois plus souvent quand les médecins étaient sous la pression du temps!

Makoul *et col* (1995) ont constaté que des médecins généralistes britanniques surestiment le niveau auquel ils pensaient avoir accompli les tâches suivantes : la discussion des effets secondaires, les risques associés à la prise du médicament, la discussion de la capacité de patient à suivre le plan de traitement proposé et obtenir l'opinion de patients au sujet du médicament prescrit.

Toutes ces études permettent certes une analyse de l'interaction et des contenus génériques qui sous-tendent la consultation. Cependant elles restent limitées pour ce qui est de la richesse des détails relevés à propos des contenus spécifiques échangés sur le traitement.

2.2.6.2. Communication, médicaments et asthme

La complexité du traitement médicamenteux de l'asthme, des modes d'administration de ces traitements qui nécessitent un enseignement particulier et d'autre part l'apport des facteurs comportementaux et psychologiques, contribuent à la complexité de la communication au sujet de l'asthme (Kolbe, 1999).

2.2.7. Les différentes méthodes d'analyse de la communication

Jusqu'à présent plusieurs méthodes ont été utilisées pour étudier la communication médicale, d'abord il y a eu des mesures directes telles les analyses de contenu (Parrot 1994,) les analyses de l'interaction (Roter, 1993; Sleath *et col* 1999), voire des analyses de type sociologique (Gabe, 1990), phénoménologique (Hellstrom, 1998), ethnographique et microanalytique (Frankel et Beckman, 1989). Ensuite on trouve des mesures indirectes

telles l'usage de questionnaires (Svarstad, 1974) ou une combinaison des différentes approches (Makoul, 1995), cités par Richard (2005).

Boon et Stewart (1998), dans leur méta-analyse, ont répertorié 44 instruments différents pour étudier la communication médecin-patient. L'intérêt de leur étude est d'avoir répertorié les instruments d'analyse de la communication ayant des qualités psychométriques documentées. Il y a donc abondance d'instruments pour étudier la consultation médicale mais la majorité d'entre elles n'ont été utilisées qu'une fois et il s'agit d'instruments de codification générale soit du contenu soit des interactions.

Aucun de ces instruments ne couvre de manière exhaustive et systématique à la fois les échanges sur la médication et les problèmes de santé lors d'une consultation (Richard, *op cit*). C'est pourquoi Richard et Lussier de l'équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la Santé de Laval ont développé et validé un outil d'analyse du discours sur le médicament, nommé MEDICODE.

MEDICODE a d'excellentes qualités psychométriques, que nous décrirons plus loin dans la présentation des outils de mesure. Il s'agit d'un instrument en français, ce qui est un atout pour nous. Il s'agit d'un bon instrument pour la recherche sur la communication et l'analyse du contenu des entrevues médicales. En outre, le développement de la grille de codage MEDICODE a été réalisé avec l'aide d'un groupe de spécialistes formé de psychologues, de médecins pratiquant en gériatrie et en médecine générale, et de pharmaciens.

Les catégories thématiques ont été définies à partir de l'avis de ce comité d'experts, des lignes directrices du National Council on Patient Information and Education (2000) et de la révision des recherches déjà publiées portant sur la discussion des médicaments durant les consultations médicales et sur l'observance (Coombs *et col*, 1995; Haynes, 2001; Leventhal et Cameron, 1987). Les médicaments sont classifiés selon la liste de

médicaments, inspirée des catégories du Guide des médicaments du Gouvernement du Québec (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2000). Quant à la version finale des définitions des catégories, incluse dans le cahier de codification, elle résulte des discussions de l'équipe des concepteurs et de l'équipe des codeurs lors de leur entraînement et du prétest de l'instrument (Richard, *op cit*).

Il existe certes d'autres outils qui font des évaluations soit pour l'enseignement ou de la compétence des résidents en communication, tel le « Maastricht History Taking and Advice Checklist » ou encore le MCBS (Medical Communication Behavior System) qui a certaines corrélations avec RIAS; cependant ils n'ont pas la caractéristique de MEDICODE de faire une analyse fine des échanges sur la maladie comme condition et son traitement médical. Il existe en outre une possibilité d'adapter la grille à la spécificité du problème de santé étudié, soit une grande flexibilité.

Ses faiblesses sont surtout la durée d'analyse d'une entrevue qui est longue, car il y a un nombre élevé de variables (45); toutes ne pouvant être abordées dans une seule entrevue. Le codeur doit être bien rodé pour ce faire. C'est un outil essentiel pour la recherche.

2.3. Le cadre conceptuel ou cadre théorique.

La recension des écrits (dans le chapitre 2) sur la relation médecin-patient couvre largement les interactions entre le médecin et le patient en communication, mais pas spécifiquement l'analyse thématique des échanges sur l'asthme et son traitement. Un travail de mise en contexte s'avère donc nécessaire pour construire notre cadre théorique ou cadre conceptuel. (Voir figure 1, page 31 b)

La recension des écrits que nous avons présentée permet de dégager une série de variables qui influent sur la communication entre le médecin et le patient asthmatique (voir

Figure 1 représentant le cadre conceptuel ou cadre théorique

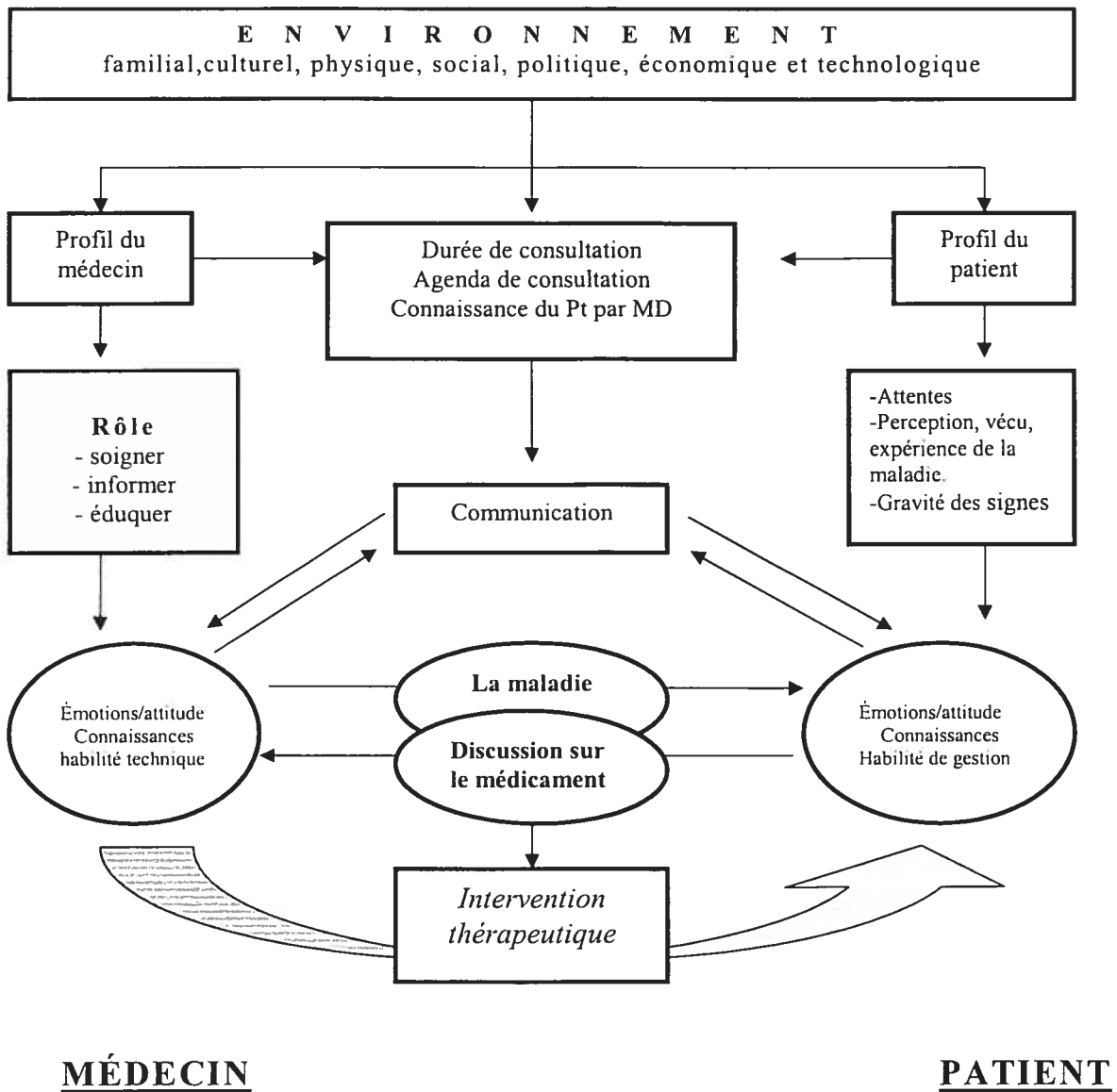


fig1) : l'environnement général ou le contexte situationnel, le profil du médecin et du patient, leurs caractéristiques sociodémographiques, les attentes du patient et le rôle du médecin. Par ailleurs nous devons souligner l'influence d'autres variables, comme la durée de la consultation et l'agenda de consultation aussi le fait que le patient est connu du médecin ou pas, variables qui ont un impact sur la qualité du contenu des échanges et de l'interaction entre les deux interlocuteurs.

2.3.1. L'environnement général ou contexte situationnel

L'environnement général, dans lequel sont fournies les prestations de soins de santé, dépend du système de santé en vigueur dans chaque entité territoriale. Le médecin et le patient se rencontrent dans un cadre structurel fortement influencé par l'environnement politique, économique et technologique spécifique à chaque état. Au Québec, les soins médicaux sont couverts par un programme d'assurance maladie universelle. La majorité des médecins y est payé « à l'acte » pour les services rendus dans lesquels il n'y a pas de remboursement spécifique pour les soins préventifs durant la consultation (Beaudoin, Lussier *et col*, 2001). Les médicaments sont généralement prescrits par le médecin et délivrés aux patients. La proportion des québécois en 2004 inscrits à un régime d'assurance médicaments, institué depuis 1997 et administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec est de 49.7 % (CRUM, 2003; RAMQ, 2004).

Quant à l'environnement familial du patient, comprenant ses valeurs sociales et culturelles, il est l'environnement immédiat qui influe fortement sur les déterminants de la santé du patient, sur le temps consacré aux activités physiques (Soubhi, Potvin et Paradis, 2004), les habilités de gestion du patient de la maladie, particulièrement son adhérence au traitement voire sa capacité à communiquer avec le médecin.

2.3.2. Profil du patient

Les caractéristiques socio-démographiques des patients sont des déterminants essentiels et incontournables dans les études sur des problèmes de santé. Ces caractéristiques habituelles comprennent l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le niveau socioéconomique.

Pour ce qui concerne la race et l'ethnicité du patient, si de nombreuses études ont relevé que celles-ci sont des barrières dans la communication médecin-patient (Clark *et col* 1990, Partridge, 2000; Sleath, 2003), il y aurait en plus d'autres facteurs confondants comme l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, la classe sociale, le statut du patient par rapport aux assurances médicales par exemple (Cooper, Roter, 2002).

Les états psychoaffectifs sont autant d'éléments qui jouent non seulement dans la manière de communiquer du patient avec le médecin, mais aussi dans les habiletés du patient à gérer sa maladie (Kolbe, 1999). Les attentes du patient et ses sentiments face à l'asthme ainsi que son traitement (ses anxiétés, ses craintes, ses représentations, le refus du diagnostic ou du traitement) ne sont pas toujours exprimées en entrevue avec le médecin mais clairement exprimées dans des enquêtes ou études qualitatives (Adams, Pill et Jones, 1997); elles sont en relation avec le vécu et l'expérience du patient sur la maladie (illness).

2.3.3. Profil du médecin

Pour le médecin, outre les caractéristiques sociodémographiques habituelles, de récentes études ont aussi analysé l'influence de la race ou de l'ethnicité du médecin sur les compétences communicationnelles. Le sexe semble jouer un rôle dans la communication sur le plan de l'expression de l'empathie et sur la discussion des habitudes de vie (Beaudoin, Lussier *et col*, *op cit*). En effet, les femmes médecins poseraient un nombre plus élevé de questions sur le style et les habitudes de vie; elle communiqueraient avec un haut

degré d'empathie avec les patients (Bylund, Makoul, 2002). Par ailleurs, l'ethnicité ou la race jouerait un rôle minime (Cooper et Patrick, 1999; Cegala, 2004).

Les habiletés techniques du médecin à diagnostiquer l'asthme par des mesures objectives sont aussi une caractéristique essentielle à prendre en considération. Ces habiletés sont fonction, hormis ses connaissances biomédicales du moment et de l'intérêt porté au suivi de cette catégorie de maladie, de la maîtrise des habiletés communicationnelles via des entraînements spécifiques et une formation continue en communication professionnelle (Lopez-Vina, Cimas *et col*, *op cit*).

Au Québec, le profil de pratique en médecine générale montre que la moyenne d'âge des médecins omnipraticiens est de 44,1 ans, que les médecins travaillent en moyenne 2 037 heures par année, soit 43,8 heures par semaine et 46,5 semaines par année, que 83 % de ces heures sont consacrées aux soins directs aux patients (Contandriopoulos, 2001).

En pratique ambulatoire, les consultations sont de deux types : sur rendez-vous ou sans rendez-vous. Il peut s'agir soit d'un rendez-vous pris à l'avance par le patient, soit d'un sans rendez-vous, généralement dans une clinique offrant ce type de services. Il est évident que la qualité des échanges n'est pas la même dans les deux cas. En effet, il est fréquemment admis que les rapports entre les patients asthmatiques et les médecins seraient tendus dans les services d'urgence, cependant une étude récente note que l'acceptabilité des soins est plus déterminé par le choix du patient de son médecin que par la qualité des relations entre ce médecin et le patient. (Douglass *et col*, 2004).

Enfin des variables, non moins négligeables telle que la sévérité des signes cliniques, jouent aussi un rôle important dans la communication.

2.4. Les buts et hypothèses de la recherche

Les buts de la recherche sont de contribuer à améliorer la communication entre le médecin généraliste et le patient adulte dans la gestion des maladies chroniques dont l'asthme. Les hypothèses de l'étude principale (Lussier, 2002) dans laquelle s'insère notre étude sont :

- la durée de la discussion sur l'asthme dans une consultation serait fonction du nombre de motifs de consultations, du degré de contrôle des symptômes et du niveau de sévérité de l'asthme;
- les consultations, lors desquelles l'expérience du patient de l'asthme est discutée et/ou durant lesquelles la participation de ce dernier est encouragée, pourraient être associées avec des scores de satisfaction élevés, une meilleure qualité de vie et moins d'utilisation des ressources médicales (services des soins de santé);
- une meilleure adhérence au traitement pourrait varier globalement avec la discussion sur le traitement médicamenteux ayant eu lieu durant la consultation.

Pour notre étude, les questions de recherche se résument en ces quelques lignes :

- Lors des échanges entre le médecin et le patient asthmatique adulte, quels sont les thèmes abordés en rapport avec l'asthme et son traitement et comment sont-ils abordés?
- MEDICODE, en tant qu'outil d'analyse du discours, permet-il d'identifier dans les consultations entre médecins généralistes et patients asthmatiques l'ensemble des thématiques spécifiques à la problématique de l'asthme et de son traitement, telles que relevées dans la recension des écrits et les énoncés des experts?

CHAPITRE 3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Stratégie de recherche

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive et observationnelle centrée sur une analyse thématique de 25 entrevues médicales entre des patients adultes asthmatiques et médecins généralistes. L'analyse de six premières entrevues a été faite sur la base d'une transcription intégrale de verbatim alors que pour les dix-neuf autres, l'analyse s'est faite à l'audition des enregistrements audio à l'aide d'une grille établie, contenant les thèmes relevés dans la première analyse.

Comme il s'agit d'une étude à visée exploratoire étant donné le très peu de recherches publiées sur le sujet, nous avons privilégié une approche qualitative comme méthode d'analyse parce qu'elle permet l'immersion du chercheur dans la consultation médicale et facilite la compréhension des échanges sur l'asthme entre le médecin généraliste et le patient. Il faut préciser que le chercheur est absent de la consultation; c'est un observateur extérieur qui n'intervient ni dans le déroulement de l'entrevue ni sur le contenu de la discussion pendant l'enregistrement de l'entrevue.

Si l'analyse de contenu est une méthode bien précise d'analyse fréquentielle du contenu d'une communication ou d'un message en vue d'en déterminer les conditions de production ou de la nature du producteur; l'esprit est cependant le même que pour l'analyse thématique: il est de relever, de comparer des occurrences d'un ensemble d'unités de sens établi préalablement (Paillé, 1994) et les catégoriser ou les catégoriser en thèmes. Selon Legendre cité par Auger (2003), il s'agit en fait d'analyser le contenu de documents sélectionnés. Ainsi, l'analyse est habituellement effectuée par voie de décompte et de la comparaison des mots ou de propositions déjà établis comme significatifs avant même que l'analyse définitive soit menée. Notre stratégie de recherche est celle d'une analyse

descriptive, documentée par des entrevues médicales, cliniques plutôt que par des entrevues semi-dirigées.

L'analyse de contenu tout comme l'analyse thématique s'arrête lorsque la cueillette d'informations est jugée suffisante pour réaliser une synthèse.

3.2. Collecte des données et description des variables

La collecte des enregistrements auxquels nous avons eu accès a été réalisée en deux périodes. Elle comprend des enregistrements sur bande magnétique audio d'entrevues effectuées dans le cadre de deux études. Toutes les entrevues enregistrées avaient lieu durant le cours normal des activités cliniques. Tous les patients et médecins savaient qu'ils étaient enregistrés, car ils avaient donné leur consentement pour participer à l'étude et une des conditions essentielles étaient de nous donner l'autorisation d'enregistrer la consultation.

La première série d'enregistrements avait été effectuée au cours des années 1996-1997 dans une trentaine de cliniques médicales de la grande région de Montréal (Québec). Quant à la seconde série d'enregistrements, elle s'est effectuée de septembre 2003 à décembre 2004 dans le cadre d'une étude portant sur la consultation du patient asthmatique à un médecin généraliste. Elle s'est effectuée dans neuf cliniques médicales de la même région. Le chercheur principal (MTL) avait demandé la permission de ces patients et de ces médecins pour utiliser les données recueillies à des fins d'autres recherches en communication. Une banque d'enregistrements d'entrevues médicales a ainsi été constituée.

3.2.1. Sources de nos données

3.2.1.1. Première source

Nous avons eu accès à une banque d'enregistrements audio d'entrevues entre des patients adultes et des médecins généralistes récoltées en 1996-1997 lors d'une recherche sur la détection de la détresse psychologique par les médecins généralistes et conservées à la Cité de la Santé de Laval. Les données recueillies de cette source précèdent la publication des principes directeurs de la CCCA. Elles étaient quand même utiles pour le développement de l'analyse thématique.

Étant donné que les données disponibles, provenant des questionnaires complétés par les patients et les médecins avant et à la suite des consultations, étaient relativement limitées en informations, en particulier sur l'asthme, son évolution et son traitement, nous avons eu recours à un autre ensemble d'entrevues afin de palier à l'insuffisance des données recueillies.

3.2.1.2. Seconde source

Ces entrevues ont été effectuées spécifiquement dans le cadre de l'étude de la communication lors de consultations des patients asthmatiques à des médecins généralistes. Ce sont des entrevues récentes, beaucoup plus riches en échanges sur l'asthme que celles de la première série, ce qui nous aussi a permis d'arriver à saturation d'informations pour notre étude.

3.3. Contexte de recherche

En 2000, la publication d'un sondage pancanadien sur l'asthme avait révélé qu'il y avait un problème de communication entre le médecin et le patient asthmatique, après la

publication de la conférence canadienne de consensus sur l'asthme de 1996 (Ernst, 1996). Le sondage avait en effet révélé plusieurs disparités entre ce que rapportaient les médecins et ce que rapportaient les patients, ce qui reflétait, selon les conclusions de cette enquête, un important manque de communication entre les patients asthmatiques et leur médecin (GlaxoWellcome, 2000).

Médecin de formation, ayant gradué en 1984, ayant une vision de la maladie du point de vue du paradigme biomédical, nous avons été sensibilisé, durant notre programme de formation à la maîtrise, à la recherche qualitative comme méthode de recherche inductive (Van der Maren, 1996; Poupart, Deslauriers, Groulx *et col*, 1997). Elle est une méthode ayant une démarche méthodologique rigoureuse (Huberman et Miles, 1991, Laperrière, 1997) et des stratégies de recherche spécifiques (Denzin, Lincoln, 1994). Elle devient de plus en plus une méthode alternative de recherche en santé pour l'étude et la compréhension des phénomènes ou des problèmes de santé complexes.

L'analyse qualitative permet d'appréhender les phénomènes difficilement quantifiables, mais qui ont un effet sur l'état de santé des patients, sur la maladie et son évolution. Les perspectives des patients sur la maladie (Adams, Pill et Jones, 1997), leurs états psychoaffectifs, les attitudes ou comportements des patients jugés parfois non rationnels font souvent l'objet des études en recherche qualitative. En effet, une expérience personnelle du patient est souvent considérée comme un événement anecdotique, non généralisable, ayant une faible valeur scientifique pour permettre des résultats statistiquement significatifs (Adams, Griffen, 1998).

Cependant, les résultats obtenus de l'analyse qualitative pourront servir à tester ou à asseoir certaines hypothèses sur la compréhension de certaines conditions (Patton, 2002) par l'analyse quantitative. L'asthme, par ses particularités, est justement une de ces maladies chroniques complexes avec sa variabilité dans le temps et ses exacerbations imprévisibles; maladie dans laquelle le patient doit jouer un rôle actif dans la gestion si on veut arriver à obtenir une maîtrise adéquate de celle-ci.

Ce qui justifie notre choix de la méthode qualitative pour cette étude, est d'une part la relative pauvreté des données recueillies de la première source des données qui ne permettaient pas une analyse quantitative significative. D'autre part, on voulait dégager de ces entrevues les divers thèmes se rapportant à la discussion sur l'asthme et son traitement et les adapter à la grille MEDICODE.

Signalons enfin que l'étude principale a eu l'approbation du Comité d'éthique et de la recherche de la Cité de la Santé de Laval.

Nous ouvrirons ici une parenthèse pour introduire brièvement les outils d'analyse du discours utilisés dans l'étude principale et dont nous nous sommes servis pour repérer les sections des entrevues et les entrevues à analyser.

3.4. Outils d'analyse

3.4.1. La grille RIAS ou SIAR

Le Système d'Analyse de l'Interaction de Roter (SAIR en abrégé ou RIAS en anglais) est une méthode d'analyse de l'interaction patient-médecin lors d'une visite médicale. S'inspirant du travail de Robert Bales, qui visait à évaluer les interactions dans les petits groupes pendant les tâches de solution de problèmes et de prise de décision, ce système de codage a été adapté à l'échange dans la situation dyadique spécifique de la rencontre médicale. Son unité de base de la communication verbale se définit comme un « énoncé », c'est-à-dire l'unité la plus petite à laquelle peut être attribuée une classification. Ainsi le codage est fait énoncé par énoncé, tenant compte de la qualité tonale des interactions. Sa version originale comprend 42 variables ou codes. C'est donc une grille qui est beaucoup utilisée dans les recherches sur la communication médecin-patient, surtout pour évaluer l'interaction dans les échanges entre le médecin et le patient (Boon et Stewart, 1998; Roter et Larson, 2002).

3.4.2. MEDICODE

C'est un outil essentiellement descriptif, dédié à l'analyse thématique du discours relatif à la médication et les problèmes médicaux abordés en consultation médicale. Cette grille, totalement informatisée, convient très bien à l'analyse des entretiens enregistrés en format audio ou vidéo. Elle ne nécessite pas de transcription verbatim (Richard, 2005).

3.4.2.1. Structure générale de l'outil

La grille de codage MEDICODE est constituée de trois modules :

- Problème(s) : Sert à décrire les propos tenus sur le ou les problèmes de santé pour lesquels il y a eu discussion relative à au moins un médicament; cette fiche peut cumuler autant de fiches qu'il y a de problèmes en rapport avec lesquels un ou des médicaments sont discutés.
- Médicament(s) : Module le plus développé de l'outil; on y consigne un ensemble de thèmes destinés à couvrir tous les cas possibles de discussion sur la médication; peut cumuler autant de fiches qu'il y a de médicaments différents abordés dans l'entretien.
- Sommaire : sert à donner une vue d'ensemble de l'entretien, à faire ressortir une impression générale de quelques aspects de l'entretien; une seule fiche est établie par entretien.

3.4.2.2. Les variables ou thématiques: médicaments et problèmes.

Cette grille MEDICODE compte 45 variables comprenant les différents codes établis pour son codage et l'analyse, qui sont repris dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3 Liste des thématiques de MEDICODE selon quatre catégories générales

Variables	
1. Informations générales <ul style="list-style-type: none"> . médicament nommé . Classe nommée . médication alternative abordée . Question de consommation . Patient questionne médecin sur le médicament . Médicament abordé pour renouvellement . Médicament abordé comme alternative . Médicament abordé comme nouveau . Médecin demande l'avis du patient sur le médicament . Attitudes vis-à-vis du médicament . Doute de l'effet du médicament . Inquiétudes vis-à-vis du médicament . Objections vis-à-vis du médicament . Puissance du médicament 	3. Discussion de prescription <ul style="list-style-type: none"> . Médecin demande l'engagement du Patient . Coût du médicament . Présentation du médicament . Raisons favorables à la prise du médicament . Raisons défavorables à la prise du médicament . Questions d'usage . Questions de gestion . Médecin recommande le médicament au besoin . Instructions pour le médicament (posologie) . Ajustement de la posologie . Durée du traitement . Médecin questionne observance du médicament . Difficultés d'observance . Solutions pour observance . Conséquences de la non-observance
2. Connaissances du médicament <ul style="list-style-type: none"> . Action du médicament . Valeur du médicament . études/ données probantes . Effet prévu pour les symptômes . Délai de l'effet prévu . Effets indésirables possibles du médicament . Effet indésirable possible # 1 . Effet indésirable possible # 2 . Interactions du médicament . Contre-indications au médicament . Médecin demande si allergies/intolérance au médicament 	4. Effets du médicament <ul style="list-style-type: none"> . Effets observés sur symptômes . Contrôle du problème . Effets indésirables observés . Effet indésirable # 1 . Effet indésirable # 2 . Indication de reconsultation

3.4.3. Données sommaires sur la qualité psychométrique de ces deux instruments (RIAS et MEDICODE).

Classiquement, les qualités psychométriques des instruments d'évaluation de la communication médecin-patient sont généralement évaluées par les points décrits ci-après (Boon, Stewart, 1998) :

- 1) la description de l'instrument avec les différents paramètres mesurés par celui-ci, la méthode de la collecte des données et l'information sur la graduation utilisée.
- 2) Le nombre de catégories dans lesquelles les données sont codées
- 3) La fiabilité ou la fidélité référant à la précision de l'instrument; cela implique que cette méthode doit être reproductible. Plusieurs conditions sont

nécessaires pour augmenter la fiabilité des instruments, dont la standardisation et la définition claire des variables.

MEDICODE et RIAS sont les deux outils d'analyse de la communication que l'équipe de recherche a utilisés dans l'étude principale de la communication sur l'asthme. Les différents tests de fidélité de MEDICODE ont été décrits dans des articles qui ont été soumis pour publication. (Richard, 2005).

3.5. Population à l'étude, échantillonnage

3.5.1. Constitution de l'échantillon

3.5.1.1. Première sélection

Nous avons extrait de la banque des données 457 enregistrements audio d'entrevues médicales qui avaient été toutes codées à l'aide de la grille d'analyse RIAS et de la version originale de MEDICODE. De ces 457 cassettes, nous avons choisi les entrevues, dans lesquelles la présence d'un médicament utilisé dans le traitement de l'asthme avait été codé, en l'occurrence des corticostéroïdes inhalés, des β_2 agonistes ou des antihistaminiques. Cette identification s'est faite à l'aide du logiciel SPSS. 58 entrevues ont pu être retenues. (Voir la figure 2, page 43 b)

Sur ce lot de 58 entrevues retenues, les critères d'inclusion suivants ont été appliqués :

- se déroulant entièrement en français (12)
- dans lesquelles le patient adulte âgé(e) entre 18 ans et 55 ans (30); excluant les femmes enceintes (2)
- utilisation des corticostéroïdes pour des maladies autres que l'asthme (4)
- les entrevues lors desquelles on a discuté certes d'asthme; l'asthme discuté doit être celui de la personne qui consulte et non d'une tierce personne (1)

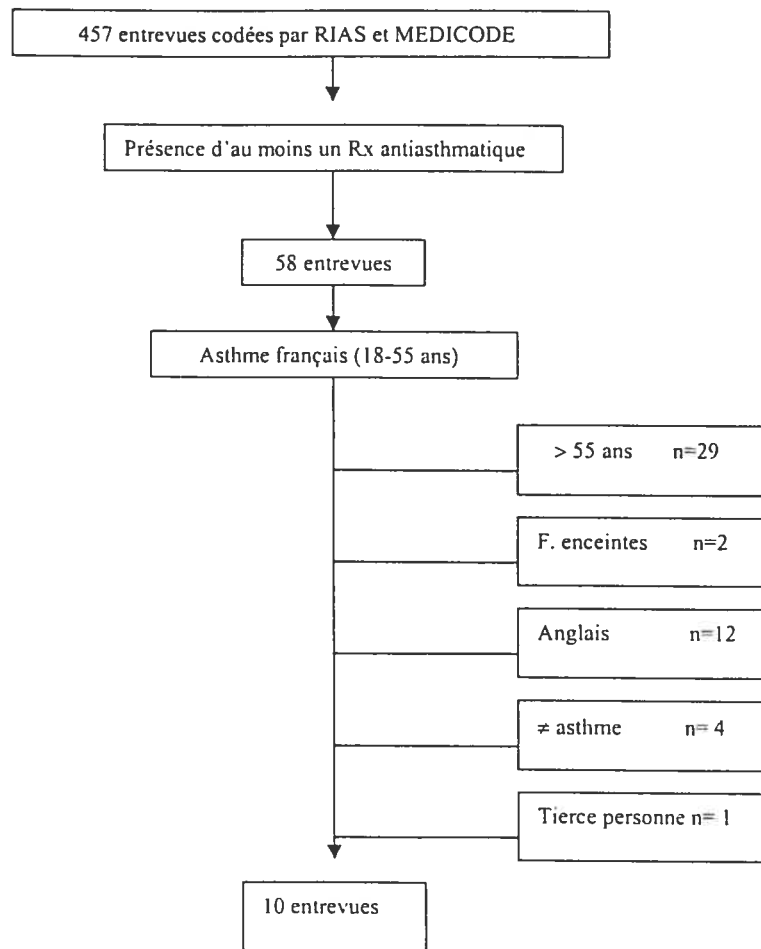


Figure 2 La sélection des entretiens de la première série appliquant les critères d'inclusion

Ainsi, 48 entrevues ont été exclues car elles ne correspondaient pas à nos critères d'inclusion; le nombre d'entrevues ne répondant pas aux critères indiqués est mis entre parenthèses. Donc, 10 entrevues ont été retenues.

3.5.1.2. Seconde sélection

Étant donné la quantité restreinte de matériel recueilli de la première source, nous avons choisi parmi 160 entrevues déjà codées à la fois avec RIAS et MEDICODE, 20 entrevues pour compléter notre recueil d'informations. Nous avons sélectionné parmi ces entrevues celles ayant à première vue un nombre d'énoncés portant sur l'asthme (selon la codification RIAS) qui était assez élevé. La codification RIAS nous a aussi facilité le repérage des sections d'entrevues où il était question d'asthme.

De plus, grâce aux informations complémentaires, retrouvées dans les questionnaires pré et post visite du patient et du médecin, nous avons tenté d'assurer une représentativité des cas d'asthme inclus dans l'étude, en fonction des critères suivants :

- Le niveau de sévérité de l'asthme estimé par le médecin dans le questionnaire post visite;
- Le niveau de maîtrise des symptômes de l'asthme estimé par le médecin en post visite;
- L'asthme est prioritaire dans la consultation selon le médecin et le patient. C'est-à-dire l'asthme est le principal motif de la consultation ou le problème le plus important sur la liste des problèmes à discuter;
- La durée de suivi du patient asthmatique par le médecin;
- Le type de rendez-vous;
- Le temps consacré à la discussion sur l'asthme dans la consultation.

Des 20 entrevues retenues, nous en avons conservé uniquement 15. Les cinq autres ont été exclues car elles ne présentaient pas d'éléments nouveaux et peu d'échanges

intéressants pour nous sur les thèmes recherchés sur le problème d'asthme, bien que les patients soient connus comme étant asthmatiques. Nous représentons dans le tableau ci-dessous la répartition de ces 15 entrevues.

Tableau 4 Données complémentaires recueillies dans les questionnaires des patients et médecins

Asthme		Consultation					
Niveau de gravité	Niveau de maîtrise des patients	Priorité selon Md	Priorité Selon Pt	Suivi assuré par médecin consulté	Type de Rdv	# de minutes selon Md	
Léger 9	Peu ou pas 7	Oui 7	Oui 8	Oui 2	Rdv 6	< 1 min	0
Modéré 4	Assez 3					1-3 min	5
Sévère 2	Bien 3	Non 8	Non 7	Non 13	Srdv 9	> 3 min	10
	Pas d'info 2						
15	15	15	15	15	15		15

3.6. Saisie et analyse des données

3.6.1. Sélection et procédure de codage

La première série d'entrevues a permis de faire une analyse qualitative que nous avons limité à une analyse thématique des sections de l'entrevue portant sur l'asthme, en nous basant sur les principes de méthodes de recherche qualitative (Van Der Maren, 1996) et sur les procédés de l'analyse par théorisation ancrée (Paillé, 1994).

Pour décider du choix des entrevues à transcrire verbatim, nous avons auditionné au moins quatre fois les dix entrevues, retenues dans la première série. Nous avons privilégié celles où l'asthme était soit le principal motif de consultation soit au moins un des motifs de consultation et celles contenant des échanges riches en thèmes reliés à l'asthme.. Six des 10 entrevues ont été retenues et retranscrites verbatim.

3.6.2. Audition des entrevues et repérage des sections.

3.6.2.1. Audition de la première série

Nous avons avant tout auditionné, comme indiqué dans la précédente section, au moins quatre fois toutes les entrevues, répondant à nos divers critères d'inclusion.

La transcription intégrale de ces six entrevues a été réalisée par une collaboratrice, assujettie au secret professionnel dans le but de préserver l'anonymat et la nature confidentielle de l'information échangée entre les patients et les médecins, selon les clauses des formulaires de consentement et les directives du Comité d'éthique de la Cité de la santé. Un total de 68 pages de verbatim a pu ainsi être transcrit. (Voir dans les annexes 2)

Pour nous assurer de la fidélité de cette transcription et de la validité des données, nous avons réécouté chaque entrevue et avons relu la transcription verbatim en même temps plusieurs fois de manière à porter des corrections ou des compléments là où il y avait un manquement. Les données de ces verbatims validées, nous avons relu cette transcription plus de quatre fois. Ensuite, nous avons isolé les sections de l'entrevue dans lesquelles le médecin et le patient échangent sur l'asthme.

Le repérage des sections à analyser dans le verbatim a été faite en première intention par nous même sur les parties des entrevues contenant des échanges des propos sur l'asthme. La délimitation finale a été faite avec accord de notre directeur de recherche.

3.6.2.2. Audition de la seconde série

Pour les entrevues du second groupe, nous avons auditionné au moins quatre fois ces entrevues et avons au préalable repéré, par piétage sur magnétophone, les parties de l'entrevue où on parlait d'asthme.

Pour illustrer les nouveaux thèmes que nous n'avions pas relevés dans la première série, nous avons fait, nous même, une transcription de verbatim des séquences jugées pertinentes ou qui nous semblaient mieux élaborés pour étayer les thèmes que nous avons retenus dans notre lexique. Ainsi cette transcription partielle comprend neuf pages (Voir annexes 4). Dans ce groupe, l'analyse thématique a été facilitée et faite à l'aide d'une grille érigée grâce au tableau regroupant les grands codes et thèmes ressortis de la première série d'entrevues. (Voir annexes 5)

3.6.3. Codage, conceptualisation et catégorisation

Avant de procéder à l'analyse, nous avons établi et défini une série de thèmes à identifier dans les entrevues à partir de deux sources :

- 1) les principaux points des recommandations de la CCCA sur les critères de la maîtrise de l'asthme, sur les facteurs favorisant le déclenchement d'asthme, le diagnostic et le traitement de l'asthme ;
- 2) les catégories thématiques prédéfinies de la version initiale de MEDICODE (Voir annexes 9).

Voici la liste des principales thématiques que nous recherchions dans l'analyse des échanges portant sur l'asthme.

Sur le problème de l'asthme

- les allergies
- le sommeil
- le tabagisme
- les activités physiques

- le contrôle de l'environnement
- la description du problème : les symptômes et les signes fonctionnels
- les explications sur la cause, sur les mécanismes (physiopathologie)
- les explications sur le traitement
- le contrôle et le suivi du problème
- les émotions /attitudes sur ou face au problème
- l'impact sur le problème : conséquences économiques, psychosociales, sur le style de vie

Sur le traitement médicamenteux de l'asthme. Étant donné que le module sur le traitement médicamenteux a déjà été validé pour MEDICODE et que sur le plan général, nous n'avons à priori pas de thématiques spécifiques à rechercher pour l'asthme, nous nous sommes contentés de la classification en blocs de ce module.

- Informations générales
- Connaissances du médicament
- Discussion de prescription
- Effets du médicament

Nous avons procédé à la codification, utilisant un marquage, consistant à souligner des énoncés ou un groupe d'énoncés basés sur des unités de sens, reprenant soit les propos ou les expressions du médecin ou du patient. Les objectifs étant de dégager, de relever, de nommer, de résumer et enfin de catégoriser sous forme de thèmes le propos développé à l'intérieur de ce corpus choisi. (Section des entrevues sur l'asthme voir annexes)

Il faut préciser que, pour la construction et la consolidation des catégories thématiques, nous nous sommes d'abord servi, pour le problème médical de l'asthme, de nos connaissances théoriques de sémiologie médicale (Bariety, 2002), du guide résumé des entrevues médicales de Calgary-Cambridge pour sa logique communicationnelle (Kurtz, Silverman et Draper, 1998) ainsi que des thèmes développés dans la recension des écrits.

Quant à la thématique du traitement médicamenteux, nous nous sommes basé sur le modèle de la description et présentation des médicaments dans le Compendium de produits pharmaceutiques (Canada, 2004) et du Vidal (France, 2004).

Une fois la codification faite, nous avons classé les rubriques en catégories avant de les hiérarchiser et les mettre en relation avec les différents thèmes établis dans le lexique utilisé, décrit plus haut, ainsi que la conceptualisation et la catégorisation de nouveaux thèmes qui apparaissaient en cours d'analyse du corpus, en nous référant toujours à la recension des écrits.

Nous avons pu établir, sous forme d'une grille sommaire en deux modules, les principaux thèmes relevés dans les six premières entrevues, un module pour les thèmes concernant l'asthme en tant que problème de santé et l'autre module sur les catégories thématiques concernant le traitement médicamenteux de l'asthme. Cette grille, qui est adjointe à l'annexe 3, a beaucoup facilité l'analyse thématique des 19 entrevues restantes faisant partie de notre échantillon.

Enfin, nous sommes parvenus à compléter la mise en relation de ces différentes catégories grâce à la précieuse expertise de notre directeur de recherche, de la pharmacienne oeuvrant au sein de l'unité de médecine familiale de la Cité de la Santé de Laval, qui a revu la terminologie utilisée pour les catégories thématiques concernant le traitement médicamenteux de l'asthme.

Les différents commentaires, critiques, corrections et analyses faites par les évaluateurs sont consignés dans un journal de bord que nous tenions au fur et à mesure de la présente rédaction.

3.6.4. Estimation de la durée de consultation

Pendant l'écoute de toutes les entrevues de notre échantillon, nous avons évalué la durée totale de chacune des entrevues, nous avons aussi, pour les entrevues de deux sources, évalué la portion de l'entrevue consacrée à la discussion de l'asthme. Cela nous permettra d'estimer réellement la mesure de l'importance de cette condition (asthme) dans l'agenda de la consultation du jour.

3.6.5. Saturation d'informations

Après audition et l'analyse thématique des dix-neuf autres entrevues, nous avons estimé avoir atteint la saturation d'échantillon quand nous avons observé une redondance des informations voire une répétition, une duplication de ces informations au point que nous ne recueillions plus de nouvelles informations dans l'analyse.

Selon la recension des écrits, le principe de saturation est associé à l'exhaustivité dans l'exploration du phénomène à l'étude (Auger, 2003). Mais sur le plan pratique, on aurait affaire au phénomène de saturation lorsqu'il y a redondance des informations récoltées, répétitions de certaines idées voire sens ou quand le chercheur n'arrive plus à découvrir, à identifier de nouvelles informations pertinentes, interprétations ou descriptions du phénomène à l'étude (Leininger, 1994).

À ce stade, nous avons arrêté l'analyse car nous avons estimé avoir atteint notre objectif et avoir aussi atteint la saturation d'informations voulues. Notre but final était de ressortir les thèmes identifiés dans le discours. Tout ce travail d'analyse qualitative, nous l'avons fait manuellement sans recourir aux logiciels d'analyse qualitative étant donné la relative pauvreté du matériel obtenu dans l'entrevue médicale ou clinique, qui sur le plan discursif, est un matériel peu élaboré (Van der Maren, 1997).

CHAPITRE 4. RÉSULTATS

4.1. Description de l'échantillon

Nous avons identifié 25 entrevues parmi une banque de 617 enregistrements d'entrevues, comprenant les 457 entrevues issues d'une première étude sur la détection de la détresse psychologique et 160 entrevues issues de l'étude principale sur la communication entre le patient asthmatique adulte et le médecin généraliste.

Le tableau 4 rapporte les données démographiques et cliniques des patients, les données démographiques des médecins et certaines caractéristiques de la consultation. En ce qui concerne les caractéristiques des patients, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes dans l'ensemble de l'échantillon, en partie due au plus grand nombre de patients-femmes dans la seconde source des entrevues. On note que la répartition par groupe d'âge des 25 patients favorise les patients d'âge moyen (30-40 ans) alors que les deux autres tranches d'âge sont également représentées aussi bien dans la première source des données que dans la seconde. L'âge moyen des patients de notre échantillon est de 35,6 ans, le plus jeune des patients étant âgé de 18 ans et le plus vieux de 52 ans. Le diagnostic d'asthme pour les patients de notre échantillon est confirmé pour 21 des 25 consultations. La consultation s'effectue avec un médecin connu dans près de la moitié des cas.

En ce qui concerne les caractéristiques du profil des médecins, la moyenne d'années d'expérience professionnelle de ces derniers est de 14,8 ans, variant de six ans jusqu'à 30 ans. Le nombre d'entrevues effectuées par des médecins de sexe masculin est de 12 et le nombre d'entrevues effectuées par des femmes médecins est de 13.

Tableau 5 Les caractéristiques des patients, des médecins et des entrevues de l'échantillon.

	Source # 1 des données	Source # 2 des données	Total
	n = 10 entrevues	n = 15 entrevues	n = 25 entrevues
Caractéristiques des patients			
. Sexe			
féminin	6	11	17
masculin	4	4	8
. Âge			
distribution de fréquence			
18-29	2	4	6
30-41	6	7	13
42-55	2	4	6
Âge moyen	35	36	35,6
. Diagnostic d'asthme			
certain	8	13	21
Incertain	2	2	4
. Connaissance/ médecin			
oui	6	6	12
non	4	9	13
Caractéristiques des médecins			
# entrevues effectuées par un médecin			
de sexe			
féminin	5	8	13
masculin	5	7	12
. moyenne d'années d'expérience	12,2	17	14,8
Caractéristiques des entrevues			
. Types d'entrevues			
RDV	7	6	13
SRV	3	9	12
. Durée moyenne de l'entrevue	21,7 min (6 à 45)	17,8 min (7 à 32)	19,4 min (6- 45)
Md F			24,5 min
Md M			13,7 min
RDV			26 min
SRV			12 min
. Durée moyenne asthme/ entrevue	4,2 min	8,6 min	7 min
Md F			6,5 min
Md M			7,5 min
RDV			6,2 min
SDV			5,4 min
. # Problèmes en moyenne/ entrevue	4,5	3	3,9

Plusieurs caractéristiques des entrevues sont rapportées au tableau 4. D'abord, la répartition des types d'entrevues entre RDV et SRV est équivalente pour l'ensemble de l'échantillon. Nous constatons que la durée totale moyenne de la consultation est de 19,4 minutes variant de six minutes à 45 minutes. La durée totale moyenne des entrevues est de 26 minutes en RDV et de 12 minutes en SRV. Le temps total moyen consacré à la discussion de l'asthme durant sur l'ensemble de l'entrevue est de 9,5 minutes pour l'ensemble de notre échantillon, cela représente respectivement près du quart de la durée de l'entrevue (6,2minutes/26minutes) pour les RDV et à peu près la moitié de la durée de l'entrevue (5,4minutes/12 minutes) pour les SRV.

En tenant compte du sexe des médecins, nous constatons que la durée totale moyenne des entrevues est de 13.7 minutes pour les hommes médecins et de 24.5 minutes pour les femmes médecins. Plus précisément le temps consacré à la discussion sur l'asthme, elle est de près de huit minutes (7.5min/13.7min) pour les hommes médecins et de près de sept minutes (6.5min/24.5min) pour leurs collègues féminins. Enfin, les durées moyennes de la discussion sur l'asthme dans les entrevues sont respectivement de 4,2 minutes dans la première source de données et de 8,6 minutes dans la seconde source, dû au fait que nous avons intentionnellement sélectionné des entrevues dans la seconde source des données dans lesquelles la discussion de l'asthme était plus élaborée.

Le nombre moyen des problèmes discutés par entrevue, dans cet échantillon, est de 3,9, variant d'un problème dans les SRV à plus de six problèmes soulevés dans une entrevue sur rendez-vous, particulièrement lors d'un examen annuel.

4.2. Les résultats de notre analyse thématique

Dans cette section, nous allons présenter les résultats de notre analyse thématique en rapport avec la discussion du problème asthme et de son traitement. Ceci correspond à l'objectif, que nous nous étions donné, de relever, nommer et catégoriser les thèmes. Nous

allons d'abord présenter les résultats sous forme de données brutes, puis nous élaborerons sur la typologie des thématiques par des illustrations avec des séquences de verbatim et enfin nous présenterons des thématiques que nous suggérons à insérer dans la grille MEDICODE.

Les analyses des retranscriptions d'entrevues et des entrevues auditionnées ont généré pour les échanges sur le « problème de l'asthme 33 grands codes ou étiquettes et 30 pour les échanges sur les « médicament anti-asthmatiques ». L'ensemble de ces codes sont regroupés aux annexes (Voir annexe 3). Ces codes, étant parfois dupliqués, ont été regroupés en catégories par approximation ou sous forme des thèmes que nous présentons dans le tableau mis aux annexes. Cependant le l'annexe 5 reprend la fréquence de présence de chaque thème relevé dans une entrevue sur l'ensemble de l'échantillon. Ainsi, nous avons identifié 16 thématiques pour les échanges sur le problème et 26 pour les échanges sur les médicaments..

Sachant que le module médicament de MEDICODE a déjà fait l'objet d'une validation (Richard et Lussier, 2005) et non le module sur le problème, nous avons, dans un premier temps, voulu savoir si les thèmes relatifs au problème d'asthme identifiés à partir de l'analyse indépendante de 25 entrevues de notre échantillon pouvaient être tous appréhendés par la grille d'analyse de MEDICODE. Dans un deuxième temps, nous avons repris le même exercice pour les thèmes se rapportant aux médicaments anti-asthmatiques.

Suite à l'identification des thèmes à partir de l'analyse de notre corpus d'entrevues, nous avons effectué un arrimage avec les thématiques définies dans MEDICODE en vue d'identifier les concordances d'une part et les thématiques non définies dans l'instrument dans sa version originale.

4.2.1. Thématiques prédéfinies dans le module « problème » de MEDICODE

Dans cette section, nous allons d'abord illustrer à l'aide de séquences de verbatim les catégories thématiques qui sont prédéfinies dans le module problème de MEDICODE puis nous présenterons celles que nous avons identifiées dans les entrevues de notre échantillon et que nous considérons comme des thématiques fondamentales dans la discussion sur le problème de l'asthme

Tableau 6 Correspondance des thèmes identifiés dans les entrevues sur le problème et ceux prédéfinis de MEDICODE.

Catégories thématiques dans l'analyse		Catégories thématiques dans MEDICODE
	Thème sur le problème	Thème sur le problème
1	Description du problème	Nom de problème
2	Symptômes	Symptômes
3	Les antécédents d'asthme	
4	Explications des mécanismes physiopathologiques	Explications des mécanismes
5	Tabagisme	Tabagisme
6	Allergies	Allergies
7	Contrôle de l'environnement	Contrôle de l'environnement
8	Sommeil	Sommeil
9	Activités physiques	Activités physiques
10	Les tests de la fonction respiratoire	Suivi
11	Le diagnostic	
12	Suivi	Suivi
13	Le contrôle du problème	Maladie contrôlable
14	Les causes ou facteurs	Les causes originelles
15	L'absentéisme au travail	
16	Enseignement des appareils	Enseignement des appareils (dispositifs)
17	Les expressions d'émotion /attitudes	Émotions/attitudes
18	Les conséquences psychosociales	Les conséquences psychosociales

4.2.1.1. La description des symptômes

Définition : Il s'agit de toute référence à un phénomène observable lié à un état fonctionnel ou à des troubles perçus ou signalés par le patient. Ce thème comprend les symptômes ou les signes fonctionnels que présente le patient.

Dans l'entrevue n° 6, à la patiente venue pour un suivi d'ostéoporose, d'arthrose et pour un bilan de la glande thyroïde, le médecin demande, à la fin de la discussion sur ces divers problèmes, s'il y a un autre problème dont elle désire discuter et cette dernière initie le propos sur les symptômes respiratoires.

Md : Est-ce qu'il y avait d'autres problèmes aujourd'hui ou si c'était surtout pour ça?

Pt : La côte me fait mal encore aujourd'hui, mais je sais pas à quoi c'est dû. Bien, j'ai eu une toux entre-temps, depuis la dernière fois que je vous ai vu. J'ai eu une toux qui durait, qui durait. En fin de compte j'ai été voir un médecin. J'étais à Montréal. J'ai été voir un médecin et il m'a donné de l'Amoxil parce que je faisais pas de pneumonie ni rien. Mais il a dit, « on prendra pas de chance ». Alors il m'a donné de l'Amoxil. Mais de temps en temps je tousse, j'ai encore des bonnes...

Md : Est-ce que c'est moins pire que c'était?

Pt : Oui, c'est moins pire, mais j'ai encore des bonnes quintes de toux de temps en temps. Bien, je sais pas si ça pourrait pas être plutôt par rapport à l'asthme, que d'autres choses.

Md : Est-ce que ça sille?

Pt : Ça sille pas. J'ai sillé au début, mais là je le sais pas.

Md : Je vais écouter pour voir.

Cette séquence décrit en même temps l'histoire de la maladie et les symptômes que ressentait la patiente.

Dans l'entrevue n° 21, le médecin explore les symptômes du patient.

Md : Puis là vous dites que vous ne vous sentez pas bien. Oppressé? Enrhumé?

Pt : Je dirais enrhumé
Md : Depuis combien de temps?
Pt : Ça fait une bonne semaine
Md : Température?
Pt : Non, non.
Md : Crachez-vous?
Pt : Crachat.. un peu
Md : C'est quelle couleur?
Pt : C'est blanc...C'est ça que j'expectore.
Md : Puis vous sillez?
Pt : Oui... mais
Md : Avez-vous la toux la nuit?
PT : J'en avais eu sauf que...

4.2.1.2. Les mécanismes décrits

Définition : Toute référence à l'anatomie et au fonctionnement physiologique associé au problème ou d'une partie du problème. Cet échange peut comprendre les mécanismes physiopathologiques de la maladie.

Dans l'entrevue n° 5, la patiente initie le propos sur les sécrétions bronchiques qu'elle a quand elle tousse et le médecin lui explique les mécanismes physiopathologiques de l'asthme.

Md : Bien, l'asthme vous donne un peu de sécrétions.
Pt : Ouais. Mais là ...
Md : Si vous êtes grippée, vous allez en avoir un petit peu plus
Pt : Ouais.
Md : Parce que l'asthme c'est un état d'hypersensibilité des bronches. La bronche est plus sensible à des émanations (mot inaudible) auxquelles vous êtes allergique ou des fois à de l'humidité, ou à un effort, ou à de la fumée, à toutes sortes de choses. Si je mets le microbe

de la grippe qui s'en va là-dedans, lui va irriter tout ça aussi.

Pt : Hum.

Md : Alors ça augmente encore mon irritation dans les bronches. Alors à ce moment-là je vais avoir plus de crachats, plus de mucus. C'est un peu normal. (...)

Pt : Ouais.

Outre les explications des mécanismes physiopathologiques bien élaborées par le médecin, nous illustrons, dans les passages suivants, des explications données par le patient, de l'entrevue n° 3 en des termes du langage courant, sur ces mécanismes

Pt : Les poumons en tant que tels, parce que ça, ça correspond avec les poumons...

Md : Oui.

Pt : ...mais si le passage est comme rapetissé et c'est par crise des fois (...)

4.2.1.3. Les causes originelles du problème

Définition : Toute référence aux événements (exposition, maladie concomitante) identifiés comme étant à l'origine de l'apparition ou du développement du problème. Cette catégorie traite autant des causes envisagées par le médecin que par le patient ; ainsi ces causes peuvent être celles acceptées scientifiquement ou relevées des explications populaires.

Dans cette séquence de l'entrevue n° 21, le médecin parle des facteurs déclenchants de l'asthme comme cause originelle.

Md : Le facteur déclenchant le plus fréquent c'est le rhume.

Pt : Oui.

MD : Les infections virales, soit tu es en contact avec les animaux, des trucs comme ça, la fumée... la maison en rénovation, la poussière des choses comme ça...Ce n'est pas dans une zone d'asthme non contrôlée.

Dans l'entrevue n° 10, le médecin, après avoir posé à la patiente âgée de 18 ans, quels étaient les médicaments qu'elle prend pour son asthme et comment elle les prend, demande à la patiente le facteur déclenchant de l'asthme chez elle. Celle-ci lui parle de l'humidité.

Md : Qu'est-ce qui déclenche ton asthme?

Pt : La température

Md : la température! Quelle sorte de température?

Pt : C'est quand il fait trop humide ou trop sec...et parfois je saigne beaucoup du nez.

4.2.1.4. Les expressions d'émotions/ attitudes vis-à-vis du problème

Définition : Toute référence à l'expression d'émotion à propos du problème. Le patient peut insister pour connaître les causes de son problème, manifester de l'anxiété, émettre des hypothèses dramatiques, dramatiser ou aggraver ses propos pour identifier le sérieux de la situation.

Dans l'entrevue n° 12, la patiente fait part de son désarroi, elle nie sa maladie lorsque le médecin lui demande si elle a des informations sur l'asthme.

Pt : Ben, probablement ... Probablement parce que je ne sais pas vraiment, je lis des choses sur l'asthme là...

Md : Hum

Pt : mais je n'accepte pas la maladie. Hein?

Md : ... (le médecin ne dit rien)

Pt : Qui... qui accepterait ça? C'est... moins pire que le cancer-là, mais c'est une maladie pareille.

Dans l'entrevue n° 24, la patiente fait part de ses inquiétudes de refaire des complications pulmonaires à cause de son asthme, comme lors d'un précédent épisode qui avait commencé par une infection de la sphère ORL.

Pt : Moi, c'est la crainte de refaire toujours la même chose, je me suis retrouvée en soins intensifs...

Md : Ouais

Pt : Ça avait commencé par un mal de gorge bien ordinaire... J'avais été à Sainte –Rose... parce que tout était fermé.. Il était... Lui m'avait dit (mot inaudible)....Là ça a commencé à l'oreille, la même maudite affaire.. Je ne voudrais pas... euh...que cela se répète.

Md : Ça dépend de...

4.2.1.5. Le contrôle du problème

Définition : Toute référence, lors de la discussion, du contrôle de la maladie ou de ses symptômes. Cette catégorie inclut aussi les discussions sur le temps requis pour que la maladie disparaisse ou sur le fait que les symptômes ne s'aggravent pas ou ne sont plus présents bien que le patient soit toujours malade.

Dans l'entrevue n° 21, cette thématique peut aussi comprendre, sous-entendre la maîtrise de la maladie.

Md : OK. À propos du contrôle de l'asthme. Depuis la dernière année, ça va bien?

Pt : Oui. Honnêtement, je n'ai pas eu à renouveler mes médicaments.

Md : Vous n'avez pas eu besoin de vos pompes?

Pt : Non, Non.

Md : Ben, oui.

4.2.1.6. Le suivi du problème

Définition : Toute référence à la discussion sur le rythme des rencontres nécessaires pour s'assurer que le problème soit résolu (soigné) ou contrôlé. On peut y inclure également les propos qui discutent de la fin de suivi, de la nécessité de suivi ou de la décision qu'il n'y ait pas de suivi. Le médecin peut donner des indications générales à reconsulter pour le problème ou la référence à un tiers, qui peut être médecin ou un autre professionnel de la santé.

Dans l'entrevue n° 20, le patient âgé de 35 ans, est venu consulter principalement pour renouvellement de prescription d'un médicament pour le zona, il discute cependant de l'asthme avec le médecin et celui-ci, étant donné que l'asthme n'est pas bien maîtrisé, lui conseille de prendre un rendez-vous avec un médecin de la clinique pour suivi.

Md : ce que vous allez faire, c'est de prendre un rendez-vous pour l'asthme avec un médecin de la clinique. Là, vous êtes en sans rendez-vous et ce serait bon que vous soyez suivi.

Pt : OK

Dans l'entrevue n° 24, le médecin demande à la patiente quand elle revoit son pneumologue pour le suivi de son asthme, qui l'inquiète.

Md : Quand est-ce vous le revoyiez le pneumologue, le Dr..

Pt : Il est censé me rappeler. Je vais appeler aujourd'hui... C'est eux autres qui nous donnent rendez-vous...

Md : OK

Pt : Je l'ai vu au mois de novembre

Md : OK

Pt : D'habitude, je le vois aux quatre mois.. là tout dépend de mon état...

4.2.1.7. L'enseignement des appareils.

Définition : Hormis les explications concernant le traitement médical spécifiquement pour l'asthme, c'est le médecin qui donne des informations au patient sur la manière de se servir des différents dispositifs d'inhalation ou « pompes ».

Dans l'entrevue n° 13, le médecin prescrit des β_2 agonistes pour la première fois à la patiente et lui donne des explications sommaires sur le dispositif d'inhalation.

Md : Le dispositif, la pompe là...,

Pt : OK

MD : c'est important de bien lire le mode d'emploi pour bien l'utiliser. Pour que le produit, quand vous allez peser sur la petite bombonne dans le dispositif

Pt : Hum

Md : elle vient se déposer dans vos bronches

Pt : OK

Md : Vous pourriez même demander au pharmacien, c'est son rôle, de vous expliquer comment l'utiliser.

Pt : OK

Dans l'entrevue n° 16, le patient initie le propos sur l'utilisation du dispositif d'inhalation et le médecin essaie de lui expliquer comment l'utiliser.

Pt : C'est la façon de prendre la pompe. J'expire mal avec ça... En respirant, je prends la pompe ?

Md : Exactement. Ce qu'il faut faire, c'est que finalement.. Regarde, tu vides tes poumons carrément, là. Tu prends le temps de faire... (le médecin inspire). Ta pompe est placée à l'envers, et dès que...

Pt : À l'envers ?

Md : Oui. Souvent des gens la placent à l'envers, la pompe.

Pt : Ah, Bon ?

Md : C'est ça, la tête en bas.

Pt : Ah... Moi, je la place toujours vers le haut.

Md : Bon, en tout cas... Euh, tu la présentes vis-à-vis de ta bouche et dès que tu es prêt à inspirer (le médecin répète l'inspiration)

Pt : S'il y avait... (Inaudible)

Md : tu essaies de garder ton inspiration entre cinq et dix secondes

Pt : C'est bon.

Md : C'est suffisant, tu attends cinq à dix secondes. Tu en prends carrément une deuxième...de suite ...hop

Pt : Moi, je préfère attendre une minute.

Md : tu peux attendre 20 secondes...je te dirais 20 secondes, il n'y a pas de problème.

4.2.1.8. Les conséquences sur les états fonctionnel et psychosocial, sur le style de vie du patient et les conséquences économiques

Cette thématique fait référence aux conséquences du problème ou du traitement (excluant les médicaments) sur l'état fonctionnel (capacités physiques et cognitives, fonctionnement physiologique, états psychiques, mobilité) du patient. C'est aussi la référence aux conséquences sur le fonctionnement psychosocial (ses activités sociales, interpersonnelles) du patient et les conséquences sur les conditions économiques (perte de revenu, coûts supplémentaires, couverture d'assurances) du patient.

Ici, nous illustrons cette thématique avec les échanges issus de l'entrevue n° 19. Une patiente explique ses difficultés d'accès au médicament pour des raisons d'assurance Rx

Pt : Avant je prenais de l'Advair, il n'est pas couvert.

Md : Vous avez vu votre médecin de famille il y a 10 jours. C'est pourquoi vous avez changé Advair pour prendre Serevent et Flovent. Et depuis quand vous preniez l'Advair?

Pt : Depuis longtemps
Md : Ils n'ont pas voulu vous couvrir?
Pt : Non. Parce que j'ai raté une fois
Md : Vous avez raté une fois... Oui. OK
Pt : Je n'ai pas renouvelé, ... j'ai payé une amende de 20\$.
Md : Vous avez fait une demande et cela a été refusé?
Pt : Oui

4.2.1.9. Le tabagisme

Définition : Toute référence aux échanges portant sur la consommation de tabac par la personne elle-même (histoire antérieure d'usage ; usage courant) ou tout échange portant sur la cessation du tabac (évaluation du stade de changement ; les essais antérieurs, les barrières et les méthodes pour cesser de fumer.... Etc) ou d'un tabagisme secondaire.

Dans l'entrevue n° 6, ce long échange porte sur le tabagisme dans le cadre de l'exploration des habitudes de vie du patient asthmatique.

Md : Euh...Est-ce que vous fumez?
Pt : Euh... pas beaucoup.
Md : Non, oui alors
Pt : Oui
Md : C'est oui ou non.
Pt : Bien, là je ne veux plus fumer.
Md : Le nombre, c'est quoi? Le nombre, c'est quoi?
Pt : Bien, pas cette semaine là. Mais...
Md : (mots inaudibles). Je connais l'histoire.
Pt : C'est deux, trois cigarettes par jour.
Md : OK. Trois cigarettes par jour?
Pt : Hum.
Md : Là...en 93 vous en fumiez combien? Vous rappelez-vous?

Pas ben plus que ça.

Md : C'est pas mal pareil, hein?

Pt : Hum.

Md : C'est ça qui est marqué dans le dossier.

Pt : Oui. ...J'ai jamais augmenté.

Dans les échanges de l'entrevue n° 12, il est question de tabagisme passif, subi involontairement par la patiente dans le cadre de l'exercice de sa profession.

Md : (...); comme vous ne fumez pas...

Pt : Oui.... Comme j'ai des personnes qui fument, je m'en vais travailler... la personne fume

Md : La personne au travail?

Pt : Oui, moi je suis auxiliaire familiale, alors je me déplace de maison en maison

Md : OK

Pt : Dans ce temps là (rire) je n'ai aucune façon... tu sais... je dis que vous pourrez, mais c'est difficile de demander à quelqu'un de ne pas fumer. Je me mets à sa place, c'est son droit

Md : Vous sentez que..

Pt : À un moment donné, je tousse... et ça s'aperçoit, ça fait que...

Md : Est-ce que vous pourriez choisir vos clients?

Pt : Non, pas vraiment...

Md : S'il y avait moyen d'avoir une préférence d'aller chez les non-fumeurs

Pt : On est 34, 35 auxiliaires, on ne peut pas choisir une cliente... ben je suis d'accord, mais des fois-là.

Dans l'entrevue n° 6, le médecin conseille au patient de cesser de fumer tout en lui suggérant de faire de la marche (de l'exercice physique).

Md : L' idéal c' est bien plus d' enlever la fumée complètement, de mettre le nez dehors régulièrement, je ne sais pas si vous le faites dans la journée (...)? Ça, ça aide à

s'oxygéner.

Pt : Hum, hum.

4.2.1.10. Les allergies

Définition : Toute référence à des échanges portant sur les allergies et les allergènes, les symptômes et les traitements s'y rapportant (à l'exception des médicaments). Il peut être question des allergies saisonnières dues aux pollens du gazon, des arbres, des graminées, ou des allergies aux poils d'animaux, à des aliments etc...

Le patient, dans l'entrevue n° 3, âgé de 37 ans, est venu en consultation pour des maux de tête, un problème d'hypertension artérielle. Ici, le patient parle implicitement d'allergie

Pt : Là il faut dire que ces temps-ci, j'ai beaucoup de clients qui ont des chats et des chiens. Ça tire de temps en temps.

Plus loin, dans l'entrevue, le même patient reprend en ces termes :

Pt : Tu sais, je vais tousser par allergie. Comme en fin de semaine, comme lundi. Et ça fait mal, ça fait mal au bout. Je dis à ma conjointe, « une chance que je tousse pas trop souvent parce que ça fait mal pas à peu près ».

La patiente, dans l'entrevue n° 13, âgée de 28 ans, venue en consultation pour un suivi de bilan sérologique (VIH, hépatite B) fait dans un contexte de toxicomanie à la cocaïne et aussi pour le suivi de son problème de trouble de l'humeur

Md : Vous, vous n'avez jamais passé des tests d'allergie ?

Pt : Oui.. Ça fait longtemps. Euh... Voilà... Oups ! Je ne me souviens plus du Monsieur.

Md : Je me rappelle, vous m'aviez dit ça. Test d'allergie aux chats, chiens, acariens, pollen

Pt : Oui.

Dans l'entrevue n° 15, le patient décrit ses réactions allergiques et donne des précisions sur les tests d'allergie qu'il avait déjà subis.

Pt : Je sais, à un moment donné, quand j'étais dans le milieu de.. tu sais, à un moment donné quand je faisais le dressage des chiens... le

Md : Oui.

Pt ; à temps partiel... pis quand je me retrouvais dans un gymnase où il y avait beaucoup de chiens-là, je me ramassais tout de suite là... en tirage, en sibillant

Md : oui

Pt ; Ça fait là, j'ai arrêté....

Md : OK

(...)

Md : surtout au chien ?

Pt : Oui. Mais j'avais passé des tests, hein ? Avec l'allergiste là ?

Md : Oui. Les avais-tu, moi ? tu savais-tu pour quoi ?

Pt : Oh, Seigneur... J'en avais pour les graminées, j'en avais pour les chiens, pour les chats... pour les chiens, c'était de niveau 4

Md : OK

Pt : Tu sais, à un moment donné là, j'ai cessé de faire le...

Md : le dressage ?

Pt : de faire le dressage parce que ça n'avait pas de bon sens

Md : À part ça au point de vue santé

Pt : Ça va bien.

4.2.1.11. Les activités physiques

Définition : Toute référence portant sur les activités physiques (types d'activités ; histoire antérieure ; habitudes courantes ; barrières) de la personne. Selon les principes directeurs de la CCCA, les activités physiques devraient être normales chez une personne asthmatique ayant la maîtrise de sa maladie.

Un patient âgé de 37 ans parle de ses activités physiques antérieures, particulièrement de ses activités sportives, dans l'entrevue n° 3.

Pt.... C'est sûr que je sais que je me suis pas entraîné beaucoup... Quand j'étais pas mal plus jeune je faisais beaucoup de cross-country.

Md : Oui.

...

Le même patient parle du mode d'utilisation de ses médicaments avant l'effort physique.

Pt : C'est ça. J'ai le Beclodisk®(...), mais je m'en sers juste le vendredi soir avant mon match. Je m'en sers la journée du vendredi. Parce que si je prends juste du Ventolin®, ça tire.

Dans l'entrevue n° 5, le médecin demande à la patiente, âgée de 49 ans, si elle fait du sport pendant l'exploration des habitudes de vie et en lui demandant à quel moment elle prend ses agonistes B₂

Md : Là, si on prend ça en recul parce que ça fait 11 novembre 93 jusqu'à maintenant, ça fait deux ans et demi, est-ce que vous avez eu à ... est-ce que vous avez eu à utiliser votre Ventolin seulement au besoin? ou vous l'utilisez régulièrement?

Pt : Euh... non, au besoin.

Md : Ouais. Et c'est quand, les circonstances qui justifient les besoins?

Pt : Peut-être...je sais pas parce que...Je pense bien que ça doit être, comme, là (...)

Md : Quand vous faites du sport,

Pt : Euh

4.2.1.12. Le sommeil

Définition : Toute référence portant sur les habitudes de sommeil, sa qualité, sa durée, sur les problèmes de sommeil, leurs causes et les moyens pour y remédier. Dans le cas de la maîtrise de l'asthme, l'échange porte sur la présence, *plus d'une fois par semaine*, des symptômes nocturnes qui empêchent la personne de dormir.

Dans l'entrevue n° 12, cet échange concerne la patiente, âgée de 42 ans, asthmatique et souffrant de problèmes neurologiques.

Md : La nuit, est-ce que ça vous arrive de vous réveiller?

Pt : Pas sûr. Mais le matin là, je mouche pas mal.

4.2.1.13. Le contrôle de l'environnement

Définition : Toute référence portant sur les mesures qui ont été prises ou qui sont suggérées afin de diminuer les sources d'irritation bronchique : présence de tapis, présence d'animaux, type de chauffage, maintien du niveau d'humidité, présence d'irritants atmosphériques (pollution), présence de plantes, gestion de la poussière, exposition à des odeurs fortes ou à de la fumée de cigarette secondaire (la personne elle-même ne fume pas)

La patiente, âgée de 28 ans, de l'entrevue n° 13, vit dans un environnement où il y a présence d'animaux et le médecin lui explique l'intérêt de l'éviction de l'animal pour avoir un contrôle de sa maladie.

Pt : Oui. C'est vraiment nouveau, c'est... Ça, ça me fait penser aussi... comme le chat qu'il y a chez nous...

Md : Ah, vous avez un chat chez vous !

Pt : Oui, vous m'avez dit : « Ce n'est pas une bonne idée. »

Md : Oui, c'est ça.

Pt : Sauf que je l'aime. Maintenant vous dites : « Elle arrive... euh ». C'est évident, ma coloc ne se débarrassera jamais de son chat... En fait au début, je réagissais bien...

Md : Le danger, c'est que si vous restez en contact avec des chats dans votre environnement, cela pourrait vous amener à faire tranquillement, pas vite... de l'asthme de façon plus régulière.

Pt : OK

Md : Bon, ça c'est l'idéal, c'est qu'il n'y en ait pas. (...)

Aussi dans l'entretien n° 17, la patiente, âgée de 35 ans , ayant beaucoup de problèmes d'allergies, un asthme dont la maîtrise n'est pas optimale, et qui garde un animal à son domicile.

Md : Avez-vous des animaux à la maison ?

Pt : Oui. Un chat... Si cela devenait problématique, je m'en débarrasserais. Cela fait plus d'un an qu'il est à la maison.

Par contre dans l'entrevue n° 12, la patiente âgée de 42 ans explique implicitement comment, elle a pu contrôler son environnement domiciliaire en réduisant les sources d'irritation bronchique par traitement anti-acarien.

Pt : Pourtant j'ai mis du.. C'est le Dr K... qui m'avait conseillé ça. Puis je l'ai fait, j'ai mis un couvre-matelas, un couvre-oreiller anti-acarien

Md : OK

Pt : Oui. Ça, ça m'a aidé beaucoup, beaucoup..

4.2.2. Thématiques prédéfinies dans le module « médicament » de MEDICODE

Il s'agit du module le plus développé de MEDICODE. Il comprend 45 thématiques qui sont regroupées sous quatre catégories générales : les informations générales sur le médicament, les connaissances du médicament, la discussion de prescription et les effets du médicament. Dans cette section, nous nous limiterons, pour des raisons d'ordre pratique et de l'espace, à présenter quelques thématiques pour au moins chacune des catégories générales sans en présenter pour tout l'ensemble des 45 que comprend MEDICODE.

Tableau 7 Correspondance des thèmes identifiés dans les entrevues avec ceux prédéfinis dans MEDICODE

Catégories thématiques dans l'analyse		Catégories thématiques dans MEDICODE	
	Thème sur les Rx	No Catégorie	Thème sur les Rx
1	Nom de Rx	1	Médicament nommé
2	Classe pharmacologique	1	Classe nommée
3	Forme pharmacologique	3	Présentation du médicament
4	Posologie de prise	3	Instruction pour le médicament (posologie)
5	Mode d'utilisation	3	Question d'usage
6	Mode d'action	2	Action du Rx
7	Durée d'action	2	Délai d'action
8	Durée de traitement	3	Durée de traitement
9	Traitement alternatif	1	Rx abordé comme alternative
10	Adhérence au traitement	3	Md questionne observance du Rx
11	Assurance Rx	3	Coût du rx (Conséquences économiques)
12	Rédaction d'ordonnance		Discussion de prescription
13	Effets secondaires pressentis	2	Effets indésirables possibles
14	Effets secondaires observés	4	Effets indésirables secondaires
15	Plan de traitement		
16	Plan d'action		
17	Teneur de Rx		
18	Puissance de Rx	1	Puissance de Rx
19	Émotions/attitudes	1	Émotions/attitudes
20	Péremption de Rx	2	Contrindications de Rx
21	Restrictions administratives		
22	Risque de dépendance		
23	Voie ou mode d'administration		
24	Rx prescrit à 1/3 personne et utilisé par patient		
25	Précautions ou mise en garde		
26	Éducation thérapeutique		

4.2.2.1. Les informations générales

Dans ce bloc de catégories thématiques, sont compris l'identification du médicament, la médication alternative abordée, les attitudes, les émotions voire les objections par rapport au médicament

4.2.2.1.1. L'identification du médicament

Définition : Toute référence au nom commercial ou générique, le nom de la molécule, sa classe pharmaceutique ou encore sa dénomination internationale. Il peut être identifié par sa présentation soit sa forme, sa couleur, son aspect.

Exemples de dénomination dans les entretiens

*Ventolin[®], Advair[®], Serevent[®], Pro-Salmol, Flovent[®], Salbutamol
la pompe bleue, la pompe orange, le combiné*

Dans cette séquence de l'entretien n° 20, le médecin demande au patient quel est son traitement actuel et le patient donne le nom générique des agonistes B_2 .

*Pt : Je prends du Salbutamol nom générique
Md : Ventolin nom commercial
Pt : Oui*

Dans l'entretien n° 5, à la patiente venue demander un renouvellement de sa prescription des B_2 agonistes, le médecin lui fait une rédaction d'ordonnance reprenant son traitement médical habituel qu'elle prend pour son asthme.

Md : Novo-Salmol. C'est du Ventolin[®] noms générique et commercial

4.2.2.1.2. Les émotions/ attitude sur ou face au médicament

Définition : Tous les propos tenus par le patient ou le médecin, exprimant autant leur attitude favorable ou défavorable, leurs expressions d'inquiétude, de crainte ou phobie par rapport à l'usage des médicaments que les incitations positives du médecin ou les objections implicites ou explicites du patient vis-à-vis des médicaments.

Dans l'entrevue n° 3, le patient s'inquiète des risques potentiels d'accoutumance à l'utilisation d'un médicament (Béclodisk®), le médecin fait part de ses doutes sur l'efficacité du médicament

Pt : Est-ce que c'est correct que je le prenne comme ça, ou si c'est vraiment pas bon, je vais créer une habitude?

Md : Tu créeras pas une habitude. Écoute, je suis surpris que ça marche, mais si ça marche...

Et en réponse au médecin, on note la conviction du patient par rapport à l'efficacité du médicament.

Pt : Je te dis que ça marche!

Md : Si ça marche, je vais te le laisser, c'est certain, parce que je veux pas te prescrire quelque chose qui ne marche pas. En crise d'asthme, ça aide pas. Mais là tu le prends avant.

Pt : Ah non, en crise d'asthme, ça aide pas pantoute.

Dans l'entrevue n° 25, la patiente, en répondant au médecin sur l'utilisation au long court des corticostéroïdes inhalés, exprime son rejet des dispositifs d'inhalation.

Md : Vous allez prendre votre Flovent l'année durant

Pt : Je n'aime pas prendre les pompes. Je ne suis pas à l'aise. Je vous le dis franchement.

Md : ... (silence)

4.2.2.2. Les connaissances du médicament

Cette catégorie thématique comprend les connaissances sur l'action des médicaments, l'effet prévu sur les symptômes, le délai de l'effet attendu ainsi que les effets indésirables possibles du médicament. Nous allons limiter l'illustration avec des séquences de verbatim

sur l'action du médicament, le délai de l'effet attendu et les effets indésirables possibles.

4.2.2.2.1. L'action du médicament

Définition : Toute référence à la cible ou à la dynamique (anatomie, physiologie, métabolisme) du médicament. L'action chimique et directe du médicament sur les mécanismes impliqués dans le problème de santé.

Dans l'entrevue n°11, le médecin explique les raisons de la prescription des médicaments et la patiente, implicitement, fait remarquer que son cas n'est pas dramatique et qu'elle n'a pas besoin de tous ces médicaments.

Md : Je vais vous prescrire une pompe de cortisone. Ça pourra aider à mieux respirer

Pt : OK

Md : ...et à ouvrir plus les bronches. La pompe de cortisone, ça n'agit pas tout de suite.

Pt : Est-ce que ça va aider plus à guérir la toux?

Le médecin poursuit en expliquant cette fois l'action des agonistes β_2 .

Md : Euh... (...) aussi une deuxième pompe, le Ventolin®.

PT : OK

MD : Ça, ça ouvre les bronches quand vous sentez que vous avez des difficultés à respirer

4.2.2.2.2. Le délai de l'effet attendu

Définition : C'est la référence au temps précis qui est requis (temps prévu, quantifié) pour que l'action du médicament se manifeste sur les symptômes ou le problème du patient.

Md : Ça va diminuer la toux. Ça prend plus de 4 à 5 jours pour que ça fasse effet.

Pt : OK

4.2.2.2.3. Les effets indésirables possibles

Définition : Toute référence à des effets secondaires ou indésirables susceptibles d'apparaître suite à la prise des médicaments. Cet effet peut être prévisible, il doit être nommé. Ainsi des conseils et précautions ou des mises en garde au patient découlent-ils de cette thématique; c'est la référence aux mesures à prendre pendant la prise du médicament pour s'assurer que le patient ne sera pas trop embêté par des effets.

Dans l'entrevue n° 11, le médecin prévient la patiente des effets secondaires prévisibles des corticostéroïdes.

Md : Puis... euh il faut se rincer la bouche après pour éviter d'avoir des champignons dans la bouche...

Pt : Des champignons dans la bouche?

Md : Ouais.

Dans l'entrevue n° 16, au patient qui utilise des β agonistes plus souvent que prévu, le médecin s'enquiert des effets secondaires potentiels de ce médicament chez le patient.

Md : As-tu senti quelque chose dans ta tête? Ça ne fait pas un coup dans ta tête?

Pt : Quand j'en ai pris?...Ce n'est pas beaucoup

Md : OK. As-tu eu des palpitations, des tremblements, des problèmes... ?

Pt : Pas du tout, non.... Seulement j'ai la toux et j'ai du mal à respirer

4.2.2.3. La discussion de prescription du médicament

La discussion autour de la prescription est une catégorie générale englobant plusieurs thématiques: Elle comprend le coût du médicament, sa présentation, la posologie, les instructions, les raisons de prescription ou d'exclusion, les questions d'usage, la durée du traitement, l'observance ou l'adhérence au traitement avec ses difficultés, ses conséquences.

Dans cette section, nous allons illustrer avec du verbatim quelques-unes des thématiques comme l'utilisation ou la question générale d'usage, les instructions de posologie et l'adhérence au traitement.

4.2.2.3.1. L'utilisation ou l'usage

.Définition : Toute référence à l'utilisation des médicaments par le patient. Dans les échanges, il peut s'agir de la vérification par le médecin de l'utilisation des médicaments par le patient ou que ce dernier lui-même détaille l'utilisation qu'il fait des médicaments.

Dans l'entrevue n° 15, le médecin initie le propos sur l'utilisation des médicaments.

Md : Des médicaments pour l'asthme, en prenez-vous? Ventolin? Flovent?

Pt : Oui.. Oui. Flovent, Ventolin. À l'occasion, seulement quand j'ai des rhumes

Md : OK

Pt : Parce qu'à part ça, je n'en ai pas besoin de ça.

4.2.2.3.2. Les instructions sur le médicament (posologie)

Définition : Toute référence à la posologie du médicament, à une augmentation ou une diminution du dosage du médicament ou tout simplement la référence aux directives précises, consignes du médecin sur la posologie, la fréquence de prise du médicament et de la durée du traitement.

Dans l'entrevue n° 6, le médecin donne des instructions à la patiente d'augmenter la prise des corticostéroïdes inhalés.

Md : (...), là vous montez la pompe brune peut-être à quatre fois par jour

Pt : OK

Dans l'entrevue n 13, le médecin prescrit des agonistes β_2 pour la première fois à la patiente

MD : Pour ce qui s'en vient, je vous prescris une pompe, qu'on prescrit aux asthmatiques. Vous allez l'utiliser au besoin... Si vous avez besoin d'utiliser cette pompe plus de quatre fois par semaine; alors vous m'appellez pour modifier votre traitement

Dans l'entrevue n 15, le médecin demande à l'infirmière de faire passer le DEP au patient et après les résultats de ce test, il dit :

Md : ce n'est pas une crise d'asthme sévère.... Pour un temps il faut que tu prennes une pompe orange, sans oublier de te rincer la bouche après. Je vais te demander de prendre le Flovent....

4.2.2.3.3. L'adhérence au traitement

Définition : Toute référence aux problèmes rencontrés quant au respect de la posologie ou des instructions relatives à la prise du médicament en question.

Cet exemple de l'entrevue n° porte sur l'adhérence au traitement, mettant en évidence le fait que les instructions faites à une patiente n'avaient pas été suivies par cette dernière.

Md : Au niveau de votre Flovent, ce que vous allez faire dans un premier temps, vous allez augmenter le Flovent à deux inhalations deux fois par jour. Le Serevent, vous allez le poursuivre comme vous le prenez à l'habitude

Pt : Je ne l'ai jamais pris.

Md : Vous ne l'avez jamais pris ? Pas encore ? OK. Ben... prenez-le d'abord... Le Serevent c'est une inhalation.....

Le conjoint de la patiente intervient : Bronchosyl

Md : Du Bronchosyl !... Non, écoutez, ce que vous aviez dans l'Advair, c'est du Flovent et Serevent ensemble. Et tant que vous ne faites pas une autre demande peut être ... pour la combinaison. Tant que vous ne l'achetez pas non plus... OK ?.

4.2.2.4. Les effets du médicament

Cette catégorie comprend les effets principaux observés sur symptômes, le contrôle du problème, les effets indésirables observés et les indications de reconsultation. Nous avons voulu limiter l'illustration par verbatim des effets secondaires ou indésirables observés dans le cas de l'asthme.

4.2.2.4.1. Les effets secondaires ou indésirables observés

Définition : Toute référence à des conseils, instructions ou précautions relatifs aux effets secondaires ou indésirables observés. C'est aussi les effets indésirables, désagréments ou intolérances que les patients rapportent en utilisant les médicaments.

Dans l'entrevue n° 12, le patient parle des effets secondaires liés à l'utilisation de l'Advair et sollicite une prescription d'un traitement en comprimé (Singulair)

Pt : Bien... Parce que je trouve qu'avec les pompes –là, le désagrément c'est qu'on perd la voix. On a de la difficulté à dégager. Le matin... Je parle avec une petite voix (la patiente tousse) ...et je dois dégager...mais avec le médicament là....

4.2.2.5. Le plan de traitement ou le plan d'action pour le traitement de l'asthme

4.2.2.5.1. Le plan de traitement

Le plan de traitement est donné au moment du congé d'une hospitalisation ou lors d'une consultation médicale.

Définition : Toute référence à des instructions claires, données par le médecin au patient, sur les soins de suivi après une hospitalisation ou à la fin d'une entrevue.

Dans cette séquence d'entrevue n° 5, le médecin

Md : Je vous demande tout ça parce que je veux être sûr que le Ventolin est suffisant. Comme je vous ai dit, si jamais vous vous apercevez que deux, trois jours consécutifs il

faut plus que deux, trois inhalations de Ventolin, là vous vous en allez vers un problème de respiration plus sévère, donc il faudrait ajouter une autre pompe.

4.2.2.5.2. Le plan d'action

Définition : Tout échange portant sur l'enseignement, l'éducation et l'explication à la personne au sujet de l'asthme afin de favoriser la prise en charge personnelle des exacerbations ou de l'évolution des symptômes reliés à cette affection. Il est question d'un plan d'intervention ou plan d'action (écrit de préférence).

Dans l'entrevue n° 22, la patiente âgée de 52 ans, qui est déjà suivie en pneumologie, a déjà un programme d'intervention écrit pour gérer les exacerbations des symptômes et qu'elle applique ; elle en parle au médecin consultant lors cette consultation pour un épisode aigu.

Pt : J'ai une toux qui est grasse (toux)... je sille. J'ai justement pris mes pompes. Mon traitement est Symbicort, Bricanyl.

Md : Hum

Pt : Je prends du Bricanyl. Je suis au stade 3 dans mon plan d'action.

Md : C'est quoi le stade 3?

Pt : Le stade 3, ben.... C'est ... là j'ai vu le Dr V.. à l'Hôtel Dieu

Md : Oui

Pt : C'est lui qui m'a fait mon programme. Et puis...Ben oui ça vas-tu bien là. Là je trouve que je reste sans voix... Je prends deux fois par jour, il faut que je monte... (...)

4.2.3. Thématiques identifiées dans notre analyse ne faisant pas partie de MEDICODE

4.2.3.1. Les épreuves de la fonction respiratoire

Dans la définition donnée au suivi du problème dans la version actuelle de MEDICODE, nous avons noté que les tests à visée diagnostique ou de contrôle de routine pouvaient être inclus dans cette catégorie thématique.

Définition : Toute référence sur des échanges portant sur les tests de la fonction respiratoire, effectués dans un but de suivi médical ou à visée diagnostique, ces épreuves étant recommandées par les principes directeurs de la CCCA. Il y a des mesures d'évaluation du débit expiratoire de pointe DEP, les mesures du VEMS par la spirométrie ou des tests de provocation bronchique à la métacholine. Nous avons regroupé sous une catégorie générale l'ensemble de ces mesures diversifiées de la fonction respiratoire.

Dans l'entrevue n° 13, la patiente a décrit une histoire avec des symptômes qui font penser à l'asthme et le médecin lui explique l'intérêt de confirmer le diagnostic, comment documenter cela et lui décrit enfin le test de la fonction respiratoire à passer.

Cependant les mesures objectives pour confirmer le diagnostic clinique évoqué de l'asthme sont variées.

Md : Avez-vous déjà passé des tests de fonction respiratoire ?

Pt : Non

Md : Bon. Mais je pense qu'on va documenter un peu plus cette histoire là .

Pt : OK

Md : pour voir si ...ça sonne une petite crise d'asthme.

Pt : Oui

Md : de la façon que vous décrivez ça.

Dans la même entrevue, le médecin décrit les tests à faire passer à la patiente

Md : Je vous prescris des tests de la fonction respiratoire. Ça c'est pour documenter si c'est vraiment de l'asthme que vous faites. Je pense là... Je sais bien à écouter votre histoire. C'est un rendez-vous dans un hôpital, dans le département de pneumologie.

Pt : OK

Md : Le test n'est pas compliqué : Ça consiste à souffler, expirer dans des machines reliées à des ordinateurs et puis ils vont calculer tout ça

Pt : (rire) OK

Md : Même s'il n'y a pas de crise, eux autres ils peuvent découvrir ça parce qu'ils vont faire un petit test de provocation ; c'est tout à fait sécuritaire. Ne vous inquiétez pas.

Pt : Je ne m'inquiète pas... Ça ne va pas risquer. (rire)

Md : Ils vont voir si on peut faire réagir vos bronches.

Pt : OK

Md : Puis, normalement quelqu'un qui n'a pas de potentiel de faire de l'asthme, les bronches ne réagissent pas.

Pt : Ok... Bien

Dans l'entrevue n° 23, la patiente dit avoir fait de l'asthme dans son enfance et elle présente un tableau clinique d'asthme depuis quelques semaines, une des raisons de sa consultation médicale.

Md : Dans le passé, est-ce qu'il y a déjà eu des problèmes d'asthme ?

Pt : Euh... quand j'étais petite...

Md : enfant ?

Pt : oui

Md : OK. Ces dernières années, pas vraiment ?

Pt : Non.

Md : Est-ce que vous avez déjà eu des tests de la fonction respiratoire ? Des tests où on souffle dans un tube là pour vérifier les poumons, comment ça marche ? Non ? C'est beau.

En plus de lui prescrire ces tests de la fonction respiratoire à faire, le médecin fait passer au patient l'évaluation du débit de pointe

(...)

Md : Faites ce petit test. Juste prendre une grande respiration, remplir complètement les poumons puis... L'objectif c'est de vider le plus rapidement les poumons dans ce petit tube...là

(...) Refaites... C'est pas un score fantastique.

Dans l'entrevue n° 13, le médecin explique à la patiente dans quel but il demande les examens de la fonction respiratoire en vue de confirmer le diagnostic de l'asthme.

Md : Je ne suis pas sûr que ça soit de l'asthme... Dans le contexte actuel, premièrement on va mettre un peu plus de Pulmicort pour essayer de contrôler l'asthme. Deuxièmement ça vaudrait la peine de faire un examen pour les poumons. On va faire ce qu'on appelle les tests de la fonction respiratoire : souffler dans les tubes, puis là vraiment on mesure avec quelle vitesse l'air sort des poumons pour confirmer le diagnostic d'asthme.

Dans l'entrevue n°19, le médecin fait allusion à un examen antérieur de la spirométrie, passée par la patiente

*Md : Ce n'est pas si mal au niveau des poumons. Ça sille un peu, mais l'air entre bien (...)
Quant au niveau respiratoire, la spirométrie, elle n'était pas mal. Elle était assez bien.*

Les échanges sur les tests fonctionnels peuvent porter sur le simple test du débit de pointe en procédant par la vérification des connaissances sur l'utilisation du test. Comme dans l'entrevue n° 6.

Md...Je vais vous faire souffler. Vous savez comment ça marche?

Pt : Oui, vous me l'avez expliqué l'autre fois.

Md : Soufflez. Soufflez. C'est un peu bas, mais c'est pas...

Dans l'entrevue n° 24, le médecin fait passer le débit de pointe et la patiente fait implicitement allusion plus loin aux épreuves de la fonction respiratoire.

Md : Je vais vous faire souffler là dedans, vous êtes habituée?

Pt : Oui, je connais ça.

Md : Comment vous faites quand vous êtes en forme là dessus?

Pt : Pas grand-chose.

Md : Votre grand meilleur, c'est combien? Vous ne savez pas ?

Pt : Je ne sais pas c'est combien. Je n'ai jamais été bonne.

Md : OK

Pt (souffle) : Ah! J'ai des sécrétions là au bout là

Md : C'est-à-dire... OK.... Une autre fois...

La patiente tousse et souffle

Pt : Ah, ils font faire des VEM... je ne sais pas trop quoi.

Md : des VEMS

Pt : Oui

Md : C'est Vrai, vous n'êtes pas bonne là-dessus.

Pt : Oui

Dans l'entrevue n° 15, le médecin discute avec le patient des résultats des tests de la fonction respiratoire qui étaient négatifs et les symptômes que présente celui-ci.

Md :... On avait demandé des test de la fonction respiratoire, hein, ça...Les tests étaient négatifs par exemple.

Md : Puis vous avez quand même des symptômes et quand vous prenez du Ventolin, ça va bien...

4.2.3.2. La discussion sur le diagnostic de l'asthme

Le diagnostic confirmé de l'asthme est incontournable pour sa bonne prise en charge thérapeutique et sa gestion tel que l'indiquent la recension des écrits et les principes directeurs de la CCCA. Nous avons catégorisé sous ce thème toute référence à des échanges portant sur le diagnostic de la maladie. Il peut s'agir de la confirmation du diagnostic en cas de doute, tout comme de la durée connue de ce diagnostic. Cela peut inclure aussi la discussion sur le diagnostic-même de la maladie.

Dans cette entrevue n° 25, le médecin et la patiente échangent sur les antécédents d'asthme et la durée du diagnostic

Md : OK. Depuis quand a-t-on diagnostiqué en vous le problème d'asthme ?

Pt : Ça fait longtemps. Ça fait, euh... Ça doit faire une bonne quinzaine d'année

Md : OK

Pt : Et.. euh...surtout à l'effort, parce que je faisais du ski alpin

Md : OK

Un autre exemple, celui de l'entrevue n° 24, la patiente vient pour un nouvel épisode avec des symptômes qu'elle attribue à l'asthme et qu'elle craint que cela ne dégénère comme lors du précédent épisode

Md : Vous faites de l'asthme depuis quel âge ?

Pt : Ça fait quatre....depuis cinq ans. Il m'a dit que j'ai dû faire cela tout le temps, mais j'ai été diagnostiquée depuis quatre ou cinq ans. J'ai dû être hospitalisée d'urgence.

4.2.3.3. L'absentéisme

Définition : Toute référence à des échanges portant sur l'absence de la personne à son travail pour des motifs liés à l'asthme. C'est un thème rarement abordé dans notre échantillon. Cependant, nous avons voulu illustrer cette thématique par les deux séquences d'entrevues qui suivent :

Dans l'entrevue n° 12, le médecin l'aborde brièvement.

Md : Avez-vous été absente de votre travail à cause de l'asthme au cours de trois derniers mois?

Pt : Non

Par contre, dans l'entrevue n° 25, il y a de longs échanges lors desquels la patiente explique ses difficultés de travailler à cause des symptômes liés à sa maladie

Md : Que puis-je faire pour vous?

Pt : Euh.. J'ai fait un arrêt de travail, moi, trois mois pour un problème de dos.

Md : Ouais.

Pt : J'ai voulu travailler

Md : Ouais

Pt : J'ai fait une grosse.. grosse réaction.. euh.. au niveau de..., comme on dit, une rhinite là; l'écoulement.. Ça coulait dans le fond de la gorge. Après ça , l'asthme. L'espace de deux semaines,, j'ai comme toute...j'ai mis, tu sais...

Md : OK

Pt Je ne sais pas si j'ai fait un rhume, si c'est une sinusite, si c'est quoi là dedans, j'étouffais... (rire)

Md : Alors, j'essaie de comprendre. Vous autre, vous m'avez parlé de... que vous avez été en arrêt de travail.

Pt : Ça n'a pas rapport avec. Mais c'est quand je retourne travailler, ça fait la même chose.. Moi j'enseigne

Md : OK

Pt : Quand j'essaie... (Superposition, les paroles sont inaudibles) habituellement

Md : Avez-vous été en CSST?

Pt : Non. C'était de novembre à début février

Md : OK. De novembre à début février

Pt : C'est ça. C'était la même chose, j'étais comme désensibilisée.

Md : Vous êtes en contact avec les enfants

Pt : La poussière tout ça.

Md : Là, vous êtes retournée en février.

Pt : Et ça fait la même chose là.

4.2.4. Fréquence d'occurrence des thématiques dans notre échantillon

L'analyse thématique nous a permis d'identifier une grande variété de thèmes sur lesquels échangent le médecin généraliste et le patient asthmatique adulte. Nous présentons au tableau 8, à titre indicatif seulement, les fréquences d'occurrence associées aux thématiques qui ont fait l'objet d'une présentation de séquences verbatim dans la section précédente.

Sous cette section, nous présentons sous forme d'un tableau résumé la fréquence d'occurrence des thématiques recueillies dans les analyses de notre échantillon. Cette présentation est à titre indicatif et ne prétend pas refléter la réalité de l'ensemble des thèmes discutés dans les entrevues entre médecin et patient asthmatique au Québec.

Le tableau 4 de fréquence des thématiques, relevées dans les 25 entrevues de notre échantillon révèle, à part le nom du problème, que les catégories thématiques les plus souvent rencontrées dans les échanges sur l'asthme portent sur la présentation des symptômes, le suivi du problème, les allergies, les facteurs irritants comme le tabagisme. Viennent ensuite les explications des mécanismes physiopathologiques, le contrôle de

l'environnement, les épreuves de la fonction respiratoire, le sommeil ainsi que les activités physiques.

Tableau 8 Fréquence d'apparition des thématiques retenues dans les entrevues par ordre décroissant.

Thème problème	Fréquence d'apparition	Thème Rx	Fréquence d'apparition
. Symptômes	25/25	. Posologie de prise	23/25
. Nom du problème	21/25	. Nom de Rx	22/25
. Symptômes	21/25	. Forme pharmaceutique	15/25
. Suivi	17/25	. Rédaction d'ordonnance	14/25
. Allergies	14/25	. Plan de traitement	14/25
. Explication des mécanismes	14/25	. Mode d'utilisation	11/25
. Tabagisme	14/25	. Mode d'action	7/25
. Contrôle de l'environnement	14/25	. Émotions/attitudes	6/25
. Épreuves de la fonction respiratoire	14/25	. Traitement alternatif	6/25
. Sommeil	12/25	. Effets secondaires	4/25
. Causes originelles	9/25	. Adhérence au traitement	3/25
. Activités physiques	9/25	. Durée de traitement	3/25
. Émotions/attitudes	7/25	. Restriction administrative	3/25
. Maîtrise de l'asthme	6/25	(Rx inscrit au tableau restrictif)	
. Antécédents d'asthme (?) enfance	4/25	. Risque de dépendance	3/25
. Discussion sur diagnostic d'asthme	4/25	. Éducation thérapeutique	2/25
. Absentéisme au travail	2/25	. Assurance Rx	2/25
		. Durée d'action	2/25
		. Teneur de Rx	2/25
		. Référence au pharmacien	2/25
		. Puissance de Rx	2/25
		. Péremption de Rx	2/25
		. Précautions (mise en garde)	2/25
		. Classe pharmacologique	1/25
		. Plan d'action écrit	1/25
		. Voie d'administration	1/25
		. Rx prescrit à 1/3 personne et utilisé par le patient	1/25
		. Suggestion d'utilisation de Rx en aérochambre	1/25

Pour le traitement médicamenteux, les thématiques les plus souvent relevées sont celles faisant partie des catégories thématiques comprenant les informations générales sur le médicament par son identification, la discussion de prescription sur le médicament par les instructions de posologie, et les effets des médicaments.

Les médicaments les plus fréquemment relevés dans notre échantillon sont par ordre de fréquence (voir annexe 7) : les agonistes β_2 inhalés à courte durée d'action (24/25), les glucocorticostéroïdes inhalés (22/25), les agonistes β_2 inhalés à longue durée d'action (6/25), les combinaisons des agonistes β_2 inhalés à longue durée d'action et des corticostéroïdes inhalés (4/25), les anti-récepteurs des leucotriènes (3/25) et enfin l'Intal (1/25).

En observant la discussion portant sur les médicaments, on note que la combinaison des glucocorticostéroïdes inhalés et des agonistes β_2 inhalés à courte durée d'action est de 12/25 dans l'échantillon, que l'association Advair et Singulair est discutée dans la proportion de 4/25, les agonistes β_2 inhalés à courte durée d'action sont prescrits seuls dans la proportion de 3/25 et les agonistes β_2 inhalés à longue durée d'action dans 1/25.

CHAPITRE 5. DISCUSSION

5.1. Commentaires généraux

Nous avons noté dans notre étude que, malgré l'imperfection du corpus d'entrevues de médecine familiale dans lesquelles il était question d'asthme, plusieurs thématiques ont été abordées aussi bien sur la maladie et son traitement que sur certains aspects concernant la qualité de vie du patient, son adhérence au traitement, la confirmation du diagnostic et le suivi.

On pourrait se demander si les échanges sur les thématiques dépendent de l'agenda de la consultation du jour, de la durée de la consultation ou du type de rendez-vous. Les propos échangés sur l'asthme sont différemment développés selon qu'il s'agisse d'une première rencontre, d'un suivi ou d'un patient déjà connu du médecin.

L'asthme est une maladie multifactorielle, ce qui explique la grande variété de thèmes potentiellement identifiables dans une entrevue. La communication au sujet de l'asthme, vue sous un angle dialogique, requiert d'une part une participation active du patient et d'autre part une écoute active et une ouverture du médecin au dialogue.

Des thèmes ayant une base scientifiquement établie, qui sont partie intégrante de l'expertise des médecins, sont identifiés dans les entrevues analysées tout autant que ceux qui n'ont certes pas de base scientifique, mais qui ont un impact certain sur l'autogestion de la maladie par le patient et sur l'évolution de sa maladie. Il s'agit des états psychoaffectifs du patient comprenant ses croyances sur la maladie, ses craintes, ses perceptions, ses émotions voire son attitude vis-à-vis de la maladie et de son traitement.

5.1.1. Les données sociodémographiques et cliniques de l'échantillon

Dans cette section, nous allons discuter des données démographiques, cliniques et les caractéristiques des entrevues, en particulier la durée de ces dernières.

Les patients, faisant partie de notre échantillon, constituent un groupe homogène en ce sens qu'ils sont tous couverts par une assurance maladie universelle au Québec, ce qui exclut de grandes disparités dans l'accessibilité des patients aux soins. Cependant ce groupe est hétérogène au point de vue des types de traitement prescrit et de leur utilisation. Nous n'avons pas des données précises sur leur adhésion aux programmes des assurances médicaments. Cependant, on sait que le programme provincial d'assurances médicaments n'existait pas lors de l'enregistrement des entrevues de la première source. Dans notre étude, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à consulter pour l'asthme. Ce qui concorde avec les données d'utilisation des services médicaux au Canada (McDonough et Walters, 2000; Statistiques Canada 2002).

Par rapport aux données cliniques des patients, nous avons noté que le diagnostic d'asthme n'était certain que chez 21/25 patients, alors qu'il est probable pour 2/25, et à confirmer pour le restant soit 2/25. Les deux cas où nous n'avons pas de diagnostic certain proviennent de la première source des données. Des médicaments anti-asthmatiques pour ces cas ont été discutés mais nous ne disposons d'aucune information précise provenant des questionnaires ou du dossier des patients pouvant confirmer ou infirmer le diagnostic (les entrevues n° 4 et 9).

En ce qui concerne le degré de sévérité de l'asthme, il est estimé léger (neuf patients sur 15), modéré (quatre patients sur 15) et sévère (deux patients sur 15) dans la seconde source des données de notre échantillon. Nous n'avons cependant aucune information sur le degré de sévérité de l'asthme dans la première source des données. Malgré la faible taille de l'échantillon provenant de la seconde source, la proportion des cas léger à modéré (13/15) correspond assez bien aux estimés qui proviennent des enquêtes. Ces

dernières nous apprennent que ce sont les cas légers à modérés qui sont suivis par les médecins généralistes (Khran *et col*, 1996; Statistiques Canada, 1996-1997; Richard et Lussier, 2000).

Nous constatons que la répartition entre les entrevues RDV et SRV est à peu près équivalente pour l'ensemble de l'échantillon. Cependant, un examen plus attentif nous permet de constater que la relation entre RDV et SRV s'inverse entre les deux sources de données. En effet, la majorité des patients (9/15) de la seconde source de données, s'étaient présentés en SRV. Les raisons probables de cette situation pourraient être le fait que les patients n'ont pas de médecin de famille ou ont de la difficulté d'en avoir un (Contandriopoulos, 2001). Cependant, il faut savoir que cet échantillon n'est pas aléatoire et que nous avons choisi intentionnellement des entrevues qui devraient nous donner le maximum de thèmes abordés dans les échanges. En outre, il faut préciser que la moitié des entrevues ont été réalisées dans le cadre des cliniques SRV (sans rendez-vous), le choix porté sur cette catégorie d'entrevues étant conditionné par l'hypothèse selon laquelle les patients en SRV sont plus symptomatiques, donc offrant une probabilité élevée d'avoir des entrevues portant sur l'asthme.

À propos de l'âge des patients, la tranche de 30-41 ans est la plus représentée dans cet échantillon.

5.1.1.1. Les caractéristiques des médecins

Le nombre moyen d'années d'expérience des médecins de notre échantillon est de 14 ans. Cette moyenne se rapproche de celle décrite dans le profil des médecins du Québec (Contandriopoulos *et col*, *op. cit.*). Des médecins d'expérience avaient été approchés pour les deux projets d'où l'échantillon a été tiré. Comme il s'agissait d'enregistrer des entrevues, nous avons évité d'inclure dans l'étude des médecins résidents qui doivent interrompre leurs consultations pour en discuter avec leur superviseur; ce qui aurait pu modifier, en cours d'entrevue, leurs discussions sur l'asthme. Les médecins de sexe

masculin et féminin étaient représentés de façon équivalente dans cet échantillon. Leur contribution aux entrevues est à peu près équivalente, 12 entrevues pour les médecins hommes et 13 pour leurs collègues féminins.

Il faut aussi préciser qu'il y a quatre médecins, dans notre échantillon, qui ont contribué à plus d'une entrevue dans notre échantillon. Le choix porté sur ces entrevues était dicté par un nombre important et diversifié des échanges. À ce propos, on peut se demander si le fait qu'un médecin ait contribué à plus d'une entrevue dans notre échantillon aurait influencé le cours de l'analyse. Certes, nous sommes d'avis que ce choix intentionnel ait pu influencer nos résultats, mais l'intérêt de l'étude, au début, était d'obtenir le maximum de thèmes émanant de la consultation d'un patient asthmatique en médecine générale sans tenir compte du médecin consulté. Ce genre de facteur sera tenu en compte dans l'étude principale dont le devis est quantitatif.

5.1.1.2. Les caractéristiques de la consultation

Nous avons noté que, dépendamment du type de rendez-vous, plus de trois problèmes de santé sont soulevés durant les consultations de médecine générale. En effet, le nombre moyen des problèmes abordés est de 3,9 allant d'un seul problème inscrit à l'agenda en consultation SRV à sept en consultation RDV.

La durée totale moyenne des entrevues est de 19 minutes, variant de 7 à 45 minutes. Cette durée moyenne se situe légèrement au-dessus de la moyenne québécoise qui est de 17 minutes (Beaudoin, Lussier, Rosenberg, Richard et Gagnon, 2001). D'après les travaux de Deveugle *et col.* (2002), les entrevues sont plus longues quand on y discute des problèmes psychosociaux. Ceci est confirmé par nos propres résultats. En effet, nous avons observé que dans deux sur 10, respectivement de 44 et 45 minutes, la discussion sur les problèmes psychosociaux occupait la plus grande partie de ces entrevues.

Nos résultats ont révélé que les propos échangés sur l'asthme dans une entrevue occupent approximativement la moitié du temps moyen d'une entrevue, soit 9.5/19 min.

Cette proportion représente à peu près le 1/5 (4.5/22 min) d'une entrevue (Première source de données); par contre, elle représente presque la moitié du temps moyen d'une entrevue, soit 8,6/17,8 min (Seconde source des données). Cette différence pourrait en partie s'expliquer par le fait que les médecins et les patients dans la seconde source savaient qu'il s'agissait d'une étude qui s'intéressait à l'asthme alors que dans la première, il n'était pas fait mention d'asthme. Ceci a nécessairement favorisé les échanges sur l'asthme.

Néanmoins, ni les médecins ni les patients ne pouvaient savoir quels comportements communicationnels étaient attendus d'eux. Par ailleurs, la durée de la discussion de l'asthme varie en fonction du type de rendez-vous. Ainsi la discussion de l'asthme représente un peu moins du 1/4 (6/26 min) de la durée totale moyenne de l'entrevue pour les RDV et un peu moins de la moitié (5/12 min) de la durée totale moyenne pour les SRV. On pourrait dire que la discussion de l'asthme est davantage au coeur de la consultation en médecine générale lorsque les patients asthmatiques adultes consultent les médecins en SRV. Ceci s'expliquerait par la nature plus aigüe de la demande dans le contexte du SRV, doublée de la réalité qu'il y a un effort considérable de la part des médecins qui travaillent dans ce contexte de limiter le nombre de problèmes discutés lors d'une visite. En particulier pour les entrevues de la seconde source de données, un facteur confondant par rapport à la connaissance préalable du patient a pu influencer la durée des propos. En effet, toutes les entrevues effectuées en SRV étaient des patients inconnus du médecin, ce qui nécessite une exploration plus approfondie du sujet. Dans le contexte d'une visite cédulée très souvent plusieurs semaines voire plusieurs mois à l'avance, l'asthme devient un problème parmi les trois ou quatre à discuter. Qui plus est, le médecin, on peut le présumer, qui connaît déjà le problème d'asthme du patient ou l'a déjà abordé lors d'une précédente visite, peut faire l'économie de certains échanges.

Par ailleurs, on constate que les femmes médecins font des entrevues plus longues que leurs collègues de sexe masculin. En effet, les résultats obtenus montrent que la durée moyenne des entrevues est de 29 minutes pour les femmes médecins alors qu'elle est en moyenne de 15 minutes pour les hommes. Ce résultat est d'ailleurs confirmé par Roter,

Lipkin et Korsgaard (1991) qui ont rapporté que les femmes médecins font des entrevues plus longues que leurs collègues masculins. Cette différence assez substantielle pourrait s'expliquer par le fait que les aspects psychosociaux des problèmes et les habitudes de vie sont plus souvent abordés dans les entrevues entre un médecin femme et un patient ou une patiente que chez les médecins hommes (Makoul et Bylund, 2002; Roter, Hall et Aoki, 2002).

Si le sexe des médecins semble influencer la durée de discussion de l'asthme, tel indiqué par les résultats obtenus, soit 6.5/24.5 min dans le cas des femmes médecins et 7.5/13.7min pour les hommes médecins; il est possible qu'il y ait ici un facteur confondant du type de rendez-vous. En effet, il y a eu plus d'entrevues effectuées en SRV par les hommes médecins soit sept entrevues en SRV pour les médecins hommes versus six entrevues pour leurs collègues féminins.

Enfin, le degré de sévérité de l'asthme pourrait théoriquement influencer la durée de l'entrevue et le temps dévolu à la discussion de l'asthme à l'intérieur de celle-ci. Nous n'avons que deux patientes, dans la seconde source des données, qui ont un asthme estimé sévère par le médecin. Une patiente est connue et suivie par son médecin de famille, l'autre est vue en SRV et n'est pas connue du médecin. La discussion de l'asthme est assez longue dans ces cas, la durée se situant au dessus de la moyenne du temps observé dans les entrevues; leur proportion est à peu près égale à la moitié dans le premier cas (15/32 min) et 7/9 dans le deuxième cas (14/18 min). Néanmoins, on ne peut pas tirer une conclusion significative de cette observation.

5.1.2. Sur les thématiques

Comme indiqué dans le chapitre 4, nous avons fait l'identification des thèmes dans les entrevues. Nous les avons rapprochés des définitions établies dans le manuel de codage de MEDICODE. Sous cette section, une discussion sera faite sur les thématiques que nous avons obtenues en référence aux définitions présentées dans la version actuelle de

MEDICODE. Enfin, nous proposons d'intégrer trois nouvelles thématiques d'une grande importance médicale dans la grille MÉDICODE.

5.1.2.1. Les thèmes identifiés dans nos analyses

On note d'emblée que le nombre de thématiques identifiées est plus élevé dans la seconde source des données que dans la première et que certains thèmes ont préséance sur les autres. Cependant, tous les thèmes théoriquement identifiables sur les modules problème ou sur le traitement médical n'ont pas pu être tous abordés dans les entrevues.

5.1.2.2. Les thèmes déjà prédéfinis dans MEDICODE

5.1.2.2.1. Les thématiques portant sur le problème de l'asthme

Dans cette sous-section, nous allons discuter, sur la base d'un lexique que nous avons élaboré, des thématiques identifiées dans nos analyses et faire un arrimage avec les thématiques prédéfinies dans MEDICODE.

Sur les échanges portant sur la maladie, nous avons identifié et classé 16 thèmes que nous représentons dans le tableau 6 avec une correspondance dans MEDICODE. Pour les catégories portant sur la description du problème, aucune difficulté n'a été notée sur l'exploration des symptômes et des signes fonctionnels, les habitudes de vie ainsi que sur les thèmes spécifiquement recherchés portant sur l'asthme. L'unique difficulté réside au niveau du suivi tel que prédéfini dans MEDICODE. C'est pourquoi nous avons distingué les tests ou épreuves de la fonction respiratoire du suivi pour en faire une thématique à part. Certes, il y a des thèmes dont nous n'avons pas trouvé une correspondance avec la grille MEDICODE, par exemple les antécédents médicaux et le diagnostic. Toutefois, il existe déjà sur la grille MEDICODE une case d'insertion du diagnostic. Les antécédents médicaux du patient sont relevés dans la version RIAS-modifiée qui permet un codage combiné avec MEDICODE.

5.1.2.2.2. Les thématiques portant sur le module médicament

Pour le traitement anti-asthmatique, nous avons identifié 26 thématiques globalement abordées dans les entretiens. Cela va de la désignation du médicament, de son mode d'action ou d'utilisation, de ses effets secondaires jusqu'à la recommandation au patient d'un plan de traitement voire un plan d'action.

Sur les échanges portant sur les médicaments anti-asthmatiques, nous avons fait le même exercice que dans la section précédente. Nous avons constaté que les médicaments sont bien nommés aussi bien par les médecins que par les patients, particulièrement dans les entretiens issus de la seconde source des données, soit par leur nom commercial soit par leur nom générique ou encore par leur dénomination internationale. Les instructions de posologie occupent aussi une grande place dans la discussion sur les médicaments dans les entretiens. Nous avons indiqué dans les sections du chapitre 4 que les thématiques portant sur le module « médicament » de MEDICODE avaient déjà fait l'objet d'une validation.

Nous allons présenter brièvement quelques difficultés rencontrées dans l'arrimage des thèmes identifiés et ceux prédéfinis dans MEDICODE. En nous référant au tableau 7 (p....), nous avons eu très peu de difficultés sur les thèmes suivants : les thèmes cliniquement significatifs faisant partie de la grille MEDICODE, les catégories générales portant sur l'information générale, les catégories portant sur les effets du médicament même si nous avons utilisé une dénomination différente de celles qui sont attribuées aux thématiques prédéfinies de MEDICODE.

Par contre, nous avons eu de la difficulté avec les catégories générales portant sur la discussion de prescription. En effet, nous avons défini, dans notre lexique, la posologie de prise comme étant la manière dont les médicaments sont pris soit le moment, la fréquence de prise du médicament ou encore l'utilisation du médicament au besoin. Or, dans MEDICODE, il y a beaucoup plus de subdivisions autour de la correspondance de ce thème qui sont : les instructions de posologie, la recommandation du médecin à prendre le médicament au besoin seulement et l'ajustement de la posologie.

Parmi les thèmes les moins fréquemment abordés, on retrouve ceux qui se rapportent aux effets secondaires possibles ou observés, les émotions/attitudes vis-à-vis ou face à la médication, l'adhérence au traitement et les mises en garde (précautions). Cela se rapproche, sans être généralisable, des résultats de Richard (2004). Il y a aussi d'autres thèmes peu fréquemment abordés dans les échanges sur les médicaments que nous avons identifiés. Il s'agit par exemple de la teneur du médicament qui décrit le dosage, soit le nombre de mg ou d'unités du principe actif du médicament et le mode d'administration qui, selon notre définition, correspondrait à des informations supplémentaires à la posologie tel que les dispositifs d'inhalation, les injections sous-cutanées, les timbres cutanées, la voie orale pour les comprimés. Ces thèmes sont tellement peu abordés dans les entrevues que nous ne les avons pas pris en compte dans cette étude.

Par contre, nous avons considéré le plan d'action et l'éducation thérapeutique du patient comme des thèmes majeurs et nous y avons accordé beaucoup plus d'intérêt. En effet, ces deux thématiques n'ont pas été suffisamment présentes dans les entrevues analysées. Les dernières mises à jour sur les recommandations par rapport à l'asthme insistent pourtant beaucoup sur l'éducation thérapeutique du patient comme moyen de prévention pour aider à la maîtrise de la maladie (Boulet *et col*, 2001; Vervoelt, 2003, Mintz, 2004).

Le programme d'intervention (plan d'action écrit) n'a été identifié que dans une entrevue (entrevue n° 22), et c'est la patiente qui en parle au médecin généraliste consulté, le plan d'action lui ayant été établi par son pneumologue.

En fin de compte, nous dirons que la grille MEDICODE est très bien élaborée avec 45 thèmes organisés en quatre grands ensembles pour le médicament. Il n'est pas surprenant que nous n'ayions pas trouvé de thématiques à y ajouter à l'exception du plan d'action spécifique à l'asthme et de l'éducation thérapeutique du patient. Cette éducation thérapeutique, pourtant supposée faisant partie de la pratique habituelle des médecins pour la fin d'une entrevue (Kurtz *et col*, 1998) n'a été identifiée que dans deux entrevues faisant allusion à une référence à un CEA (entrevues n° 12 et 18).

5.1.2.3. Les thèmes à insérer dans la version adaptée de MEDICODE

Nous avons identifié trois thèmes importants en référence aux critères de maîtrise de la maladie établis par la CCCA. Ces thèmes ne sont pas inclus dans la version actuelle de MEDICODE. Il s'agit du diagnostic de la maladie, des tests de la fonction respiratoire et de l'absentéisme au travail.

5.1.2.3.1. Le diagnostic de la maladie (confirmation).

Selon les objectifs de la CCCA, le diagnostic de la maladie devrait faire l'objet de confirmation par des mesures objectives. Toute la prise en charge adéquate de la maladie découle du fait de poser un diagnostic certain; il faut distinguer l'asthme des autres maladies pulmonaires obstructives qui ont chacune une prise en charge spécifique (Boulet et Bourbeau, 2002). Ce faisant, cela permet de gérer, d'assurer la prévention et la maîtrise de la maladie et de diminuer les coûts croissants reliés à l'utilisation abusive des soins de santé.

Comme l'a documenté la recension des écrits, les principes directeurs de la CCCA ne se sont pas faciles à appliquer et à suivre par les cliniciens (Boulet *et col*, *op. cit.*), particulièrement les médecins généralistes qui, au Québec, ont la tâche de suivre les patients asthmatiques modérés ou légers tout en traitant d'autres problèmes de santé en plus de certaines tâches administratives (Contandriopoulos, *op. cit.*). Enfin, le fait qu'il n'existe pas de code de rémunération pour les activités éducatives ou préventives peut présenter une entrave réelle aux activités d'enseignement ou de prévention (Beaudoin, Lussier, Lalande *et col*, 2001). En effet, les médecins généralistes de notre échantillon étaient tous rémunérés selon le mode de la rémunération à l'acte

Nous avons précédemment signalé que tous les patients dans notre échantillon n'étaient pas des patients ayant eu un diagnostic certain d'asthme, particulièrement deux parmi les dix patients de la première source de données. Nous ne pouvons pas conclure sur

la validité du diagnostic pour les cas incertains. S'ils présentaient des signes ou un tableau clinique évoquant l'asthme, nous n'avons sur eux aucune donnée attestant qu'ils sont effectivement asthmatiques, si ce n'est qu'ils ont eu un médicament utilisé ou prescrit pour le traitement de l'asthme.

Néanmoins, nous avons constaté qu'il y avait des échanges portant sur le diagnostic et les épreuves de la fonction respiratoire en vue de le confirmer. Nous les avons ainsi illustrés avec des séquences de verbatim provenant majoritairement de la seconde source des données, les propos de deux médecins veillant à la confirmation du diagnostic de la maladie. Souvent, le diagnostic de l'asthme est évoqué, non seulement sur base du tableau clinique présenté par le patient, mais aussi par les mesures objectives évoquées pour confirmer ce diagnostic durant les entrevues. Étant donné que dans MEDICODE, il n'y a pas de thématique spécifique portant sur le diagnostic de l'asthme, nous proposons fortement d'intégrer le thème «Diagnostic de la maladie » dans cette grille.

5.1.2.3.2. Les épreuves de la fonction respiratoire

Les résultats de nos analyses ont révélé que le médecin généraliste consulté vérifie si le patient asthmatique a déjà passé des épreuves de la fonction respiratoire ou propose au patient de passer de telles épreuves pour confirmer le diagnostic évoqué d'asthme. On sait que le diagnostic de la maladie repose sur une intégration des données de l'histoire de la maladie, des éléments positifs de l'examen physique, des tests cutanées d'allergies, de la spirométrie et des tests de provocation à la métacholine. C'est ce que nous avons illustré par plusieurs séquences de verbatim portant sur l'évocation d'une spirométrie passée par une patiente (entrevue n°19) quelque temps avant l'entrevue, des demandes des épreuves de la fonction respiratoire avec des explications détaillées (entrevues n° 13 et 23), des allusions aux examens antérieurs subis par la patiente (entrevue n° 24).

En ce qui concerne l'utilisation des mesures objectives de l'obstruction des voies respiratoires pour confirmer le diagnostic d'asthme, nos résultats démontrent que les tests les plus fréquemment discutés et utilisés dans les entrevues sont les DEPs. Ces tests sont couramment effectués comme l'attestent nos résultats (14/25 entrevues). Selon la recension sur l'utilisation clinique de l'évaluation de l'obstruction bronchique, celle obtenue par la spirométrie est certes plus performante que celle obtenue par les DEPs. Cette dernière serait plus abordable pour les médecins généralistes. Cependant, l'installation d'un appareil de spirométrie dans un cabinet exigerait du travail supplémentaire pour le médecin, celui-ci devant en plus acquérir une expertise par une formation continue, à cela il faut ajouter les changements nécessaires dans l'organisation de sa pratique (Schermer, Eaton, Pawels et van Weel, 2003).

Nous estimons qu'il faut mettre un accent particulier sur les différents tests de la fonction respiratoire qui sont demandés et sur la manière dont ils sont appliqués ou utilisés. Dans la grille MEDICODE, ces tests sont codés dans la catégorie thématique du suivi clinique. Dans la version actuelle de cette grille, il n'est pas possible de distinguer la discussion spécifique des tests de fonction respiratoire et, tenant compte de la particularité de la maladie, de la valeur prédictive de ces tests. Compte tenu de ces observations, nous proposons que les tests de la fonction respiratoire constituent une catégorie thématique à part entière dans MÉDICODE.

5.1.2.3.3. L'absentéisme au travail comme un élément parmi les critères de la maîtrise de l'asthme.

L'absentéisme au travail dû à l'asthme figure parmi les critères de maîtrise de cette maladie; il a été, tout comme le plan d'action, peu abordé dans les entrevues que nous avons analysées. Nous l'avons identifié dans deux entrevues (entrevues n° 12 et 25) et nous l'avons illustré avec des séquences de verbatim. L'absentéisme au travail à cause de l'asthme est un des facteurs qui augmentent indirectement les coûts élevés d'utilisation des services des soins de santé et alourdit le fardeau économique des dépenses liées à l'asthme

(Weiss, *op. cit.*). Afin de diminuer ce fardeau économique, nous proposons que l'absentéisme au travail soit considéré comme une catégorie thématique à insérer dans la grille MEDICODE.

5.1.2.3.4. Barrières d'adhésion au traitement

Au travers des séquences d'entrevues analysées, nous avons relevé les barrières qui empêchent les patients d'adhérer au traitement ou de ne pas utiliser les médicaments de manière optimale. Ces barrières sont :

- la difficulté d'accéder au médicament prescrit à cause des problèmes d'assurance médicament ou des médicaments inscrits à des tableaux restrictifs pour des raisons administratives ;
- le manque d'informations adéquates fournies au patient sur l'utilisation du dispositif d'inhalation ou des disques ;
- de la méconnaissance du patient du mode d'action du médicament ;
- des attitudes des patients face aux médicaments : rejet, intolérance, effets secondaires ou craintes par rapport aux gluco-corticostéroïdes.

Une étude vérifiant les raisons principales pour lesquelles les patients adhèrent ou non à un traitement médicamenteux a montré que ceux-ci évoquent des raisons souvent jugées irrationnelles : le doute, leurs inquiétudes sur la baisse d'efficacité ou la non efficacité à long terme du traitement médicamenteux (Bender et Bender, 2005).

5.2. Limites de la recherche et de la méthodologie

Nous avons fait une étude observationnelle, descriptive et transversale basée sur une seule entrevue par patient à un moment précis.

Elle se situe dans la lignée des études préliminaires, à visée exploratoire. En ce sens, elle est appelée à être enrichie et complétée. En effet, de nouvelles recherches pourraient être suggérées sur les modules Problème et Traitement médicamenteux de l'asthme.

Nous avons rencontré quelques difficultés mineures dans les analyses de verbatim. La première a été celle de se conformer uniquement aux propos échangés par le médecin et le patient afin d'éviter de donner une interprétation personnelle à leurs propos. La seconde a été de séparer le contenu des propos échangés de ceux qui tenaient plus de l'interaction entre les interlocuteurs. La dernière a été de se conformer aux définitions données aux différentes thématiques dans le lexique; pour certaines thématiques, le contenu pouvait être à cheval entre deux thématiques différentes.

Nous avons identifié beaucoup de thèmes grâce à notre expérience en tant que clinicien. Un chercheur d'un autre paradigme n'aurait pas identifié les thématiques dans les mêmes termes que nous.

Un nombre plus élevé d'entrevues avec des patients ayant un asthme sévère nous aurait permis de savoir si le degré de sévérité de la maladie avait une influence sur la durée de l'entretien et la discussion de certaines thématiques qui ne sont pas apparues fréquemment dans nos analyses. Cela nous aurait peut-être permis d'identifier plus d'échanges sur l'éducation thérapeutique des patients et sur le plan d'action écrit.

Nous savons qu'il y a une tendance à ce que les répondants soient dans une situation de désirabilité sociale quand ils sont enregistrés, parce qu'ils veulent tous bien paraître. On évoquerait ainsi l'effet Hawthorne sur les répondants parce qu'ils font l'objet d'une étude et sont observés (Nordmann *et col.*, 1999). En fait, connue en psychologie depuis de nombreuses années, on définit l'effet Hawthorne comme l'effet d'activation générale chez les observés due à la présence de l'observateur, perçue comme valorisant. Malgré tout, on se rend vite compte, en auditionnant les entrevues, qu'une fois qu'ils abordent les points

essentiels de l'entrevue médicale, le naturel revient vite. La force des entrevues en milieu naturel est d'appréhender directement les contraintes de la gestion du temps de l'entrevue, les interactions entre le médecin et son patient et surtout la valeur des propos émis par leur naturel et leur authenticité, parce qu'ils ne sont pas provoqués.

Nous devons quand même reconnaître que la faiblesse des entrevues cliniques par rapport aux entrevues semi-structurées est qu'il y a beaucoup de lacunes dans l'élaboration des thèmes, ceux-ci n'étant pas abordés à fond. D'autre part, une seule entrevue ne peut suffire pour aborder tous les aspects ayant trait à une maladie chronique comme l'asthme. En effet, dans notre étude, nous nous sommes limité à une seule entrevue par patient. Tout ne peut pas être dit ou discuté en une seule rencontre d'autant plus que certains patients surtout en SRV ne reverront jamais le même médecin, qu'ils n'ont vu qu'en urgence et qui ne les connaît pas.

L'idéal pour obtenir des données et informations complémentaires et que tous les thèmes souhaités soient retrouvés, serait d'avoir plus d'une entrevue par dyade médecin-patient. Or, ceci n'est pas techniquement aisé à réaliser pour des raisons de coûts reliés aux aspects organisationnels d'un tel projet.

De plus, il est important de souligner qu'il est souhaitable qu'il y ait une complémentarité entre les interventions médicales, tel qu'analysées dans les entrevues de notre étude, et une visite à un CEA. Toutefois, nous avons identifié parmi les entrevues sélectionnées deux références explicites à la participation à un CEA (entrevues 12 et 20).

La transcription intégrale du verbatim des six entrevues a été reconnue authentique par la collaboratrice qui l'a réalisée. Nous l'avons validée par une réécoute répétée et des corrections faites sur certains passages avec le souci d'obtenir une transcription du genre mot à mot conforme à ce qui s'est dit dans l'entrevue. Ce qui augmente la qualité et la validité des données que nous présentons dans cette recherche.

Notre recherche gagne en validité puisque la constitution et l'analyse des données ont été multi-méthode. Nous avons en effet effectué tout au long de ce travail des croisements entre plusieurs types de données comprenant des informations tirées des questionnaires pré et post visites des patients et des médecins, de l'analyse thématiques des entrevues et du codage combiné effectué sur ces mêmes entrevues à l'aide des grilles d'analyse RIAS et MEDICODE. Nous avons eu l'évaluation de notre analyse par un contre-codage fait sur la première source des données par deux évaluateurs indépendants.

Nous avons enfin évalué le degré d'approximation dans la définition des variables ou thématiques entre les résultats obtenus par notre analyse et ceux prédéfinis dans la grille MEDICODE. Cette approche nous permet de faire une triangulation méthodologique (Patton, 1990) permettant une validité externe à notre étude. Tous ces aspects appuient la crédibilité des résultats de cette recherche.

Une entrevue semi-structurée sur un sujet vise généralement à obtenir des informations sur les perceptions, les états affectifs, les jugements, les opinions, les représentations des individus à partir de leur cadre personnel de référence et des situations actuelles (Van der Maren, 1996; Savoie-Zajc, 1997). Dans notre étude, nous avons analysé des entrevues se déroulant pendant le cours normal des activités cliniques.

L'analyse thématique est une analyse qualitative, elle a aussi ses limites. Elle a été faite, dans notre étude, sur une partie d'une entrevue médicale dont la durée moyenne est de 19,4 minutes, alors que le temps moyen consacré à l'asthme avoisine 9,5 minutes. Le développement thématique ne peut être similaire à celui qu'on obtiendrait dans une entrevue semi-structurée où le discours est orienté et où les interlocuteurs ont la latitude de se rencontrer plus d'une fois et de revenir sur les thèmes qu'ils n'avaient pas pu aborder lors d'une précédente entrevue.

Nous nous sommes limité à une identification des thèmes dans les entrevues et à en relever leur fréquence brute. Nous avons utilisé, comme nous l'avons indiqué dans le

chapitre sur la méthodologie, un mode intentionné de recueil de l'échantillon. Ce choix, fréquemment utilisé dans les études qualitatives nous a permis d'identifier plusieurs catégories thématiques que nous recherchions et d'atteindre rapidement la saturation d'informations pour cette recherche.

Notre étude s'est limitée à l'analyse thématique des extraits de l'entrevue médicale centrés sur l'asthme et son traitement; ce qui représente seulement une partie de l'ensemble de la consultation au cours de laquelle en général plus de trois problèmes sont abordés. Même si l'asthme n'est pas nécessairement le point prioritaire sur l'agenda des consultations en soins de première ligne ni le seul problème à discuter, il a quand même été plus largement abordé dans les entrevues de la seconde source des données.

Il serait difficile pour nous de faire de la représentation de la maladie par le patient ou par le médecin, seulement à partir des informations que nous avons recueillies dans ces entrevues, il en faudrait plus. Ceci n'est d'ailleurs pas notre objectif. Cependant, il faut souligner qu'avec l'étude communicationnelle des entrevues médicales telle que celle que nous avons faite, nous pensons que cela permettra de cerner les facteurs qui rendent difficile l'adhérence des patients au traitement. Ceci permet aussi de renforcer le fait que, quand le patient est en consultation avec son médecin, c'est le moment opportun pour celui-ci de raffermir les connaissances du patient sur la maladie et d'aider celui-ci à atteindre l'autogestion de sa maladie par une éducation thérapeutique.

5.3. Les implications de la recherche

Nous sommes convaincus que les résultats de cette étude contribueront à adapter la structure de la grille d'analyse du discours MEDICODE à la problématique de l'asthme.

L'ajout à la grille MEDICODE de trois thématiques importantes, à savoir le diagnostic de la maladie, les tests ou épreuves de la fonction respiratoire et l'absentéisme au travail, permettra aux chercheurs de repérer l'ensemble des thématiques qui sont

reconnues comme ayant une importance dans l'approche clinique de l'asthme.
L'utilisation des différentes thématiques dans un devis quantitatif permettra d'étudier les liens entre la communication et la mesure des résultats.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette étude avait pour objectifs de relever et d'identifier des thématiques spécifiques à la discussion de l'asthme et d'adapter la grille d'analyse MEDICODE à l'étude de la communication sur la problématique de l'asthme en médecine générale. Ces objectifs ont été atteints. Les résultats de cette étude permettront de compléter la grille avec les thématiques spécifiques que nous avons identifiées.

Ce travail d'analyse nous a permis de :

- 1) constater que l'asthme est bien discuté dans les entrevues en médecine générale;
- 2) nous demander si l'élaboration sur des différents thèmes pourrait dépendre du degré de sévérité de la maladie, de la durée de l'entrevue, du type de rendez-vous durant lequel cette entrevue a lieu et aussi de la connaissance du patient par le médecin. Nous ne pouvons malheureusement pas y répondre à cause de la méthode inductive, qualitative utilisée. (D'autre part, il faut ajouter que les médecins choisis dans cette étude, particulièrement ceux ayant contribué dans la seconde source des données, étaient expérimentés et intéressés à l'asthme, et que ce n'est pas le fruit d'un échantillon aléatoire de médecins sans intérêt pour cette maladie.)

La science et la technologie évoluent vite, une adaptation ainsi qu'une mise à jour ou une actualisation d'un outil est toujours nécessaire. Tenant compte de nos résultats, nous suggérerons que les tests objectifs d'évaluation de l'obstruction pulmonaire, l'absentéisme au travail et le diagnostic de l'asthme constituent chacun un thème spécifique à part entière dans la grille d'analyse MEDICODE pour la problématique de l'asthme.

Nous savons que la relation entre le médecin et le patient se reflète par la qualité de la communication dans un cadre professionnel entre deux personnes. D'un côté, un expert en santé (un médecin) qui traite les maladies sous un angle biomédical objectif (paradigme

médical), d'un autre côté, le patient, qui développe une expertise dans le vécu et l'expérience de la maladie avec ses attentes, ses croyances et tout le côté subjectif de ses perceptions et ses émotions qui sont certes partagées aussi par le médecin. Pour traiter les problèmes de santé chronique comme l'asthme, la communication permettrait de créer un pont entre ces deux visions de la maladie, mais ne serait qu'une variable dans un ensemble de variables qui sous-tendent la mise en place d'un réel partenariat thérapeutique.

La communication médecin-patient vise la promotion de la santé en prônant le modèle d'un réel partenariat thérapeutique. Si les rapports entre le médecin et le patient sont décrits comme tendus aux urgences en raison de la gravité des signes du patient (ces relations sont fortement influencées par le contexte social ou sociopolitique dans lequel évoluent les deux partenaires, le contexte socio-économique du patient, le contexte psychique du patient face à sa maladie et le contexte culturel du médecin), ils sont détendus quand le patient retrouve son médecin de famille ou un médecin qui le connaît bien. Cela implique que l'idéal serait de permettre à tous les Québécois et Québécoises d'avoir accès à un médecin de famille.

Avec la possibilité que nous avons eu d'analyser des entrevues réalisées à deux périodes différentes, soit avant les recommandations de la CCCA de 1999 et en 2004, nous pouvons affirmer qu'il y a eu des améliorations sur certains points dans la prise en charge de la maladie au cours de quelques huit dernières années soit entre 1996 et 2004. En effet, on a observé que les grandes lignes des recommandations de la CCCA sont suivies bien qu'il reste encore des points à améliorer: on note non seulement une bonne qualité de communication de manière générale dans la seconde source des données, mais aussi, l'apparition entre les deux périodes d'un plus grand souci des médecins de confirmer le diagnostic par des mesures objectives de la fonction respiratoire ainsi que l'identification et l'éviction des facteurs favorisants, des sources d'irritation bronchique; de discuter de

quelques aspects liés aux habitudes de vie du patient et à son adhérence au traitement, surtout aux corticostéroïdes sont également des thèmes abordés davantage.

Bibliographie

Adams S, Pill R., Jones A (1997). "Medication, chronic illness and identity; the perspective of people with asthma." *Soc Sc. Med* 45(2): 189-201.

ANAES (2001). Éducation thérapeutique du patient asthmatique- adulte et adolescent, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé: pp 129.

Anderson HR (2005). "Prevalence of asthma." *BM J* 330: 1037-1038

Apter AJ, Reisine S., Affleck G, Barrows E, ZuWallack RL (1998). "Adherence with twice-daily dosing of inhaled steroids. Socioeconomic and health-belief differences." *Am J Respir Crit Care Med.* 157(6 Pt 1): 1810-7.

Barnes PJ (1999). "Anti-Ig E Antibody Therapy for Asthma." *N. Engl. J. Med.* 341(26): 2006-2008.

Barnes PJ (2001). "Optimizing the anti-inflammatory effects of corticosteroids." *Eur respir J* 17: 15-22.

Barnes PJ (2002). " The role of inflammation and anti-inflammatory medication in asthma." *Respir Med* 96.(Suppl A): S9-15.

Barnes PJ (2004). "Asthma guidelines: recommendations versus reality." *Respir Med* 98(Suppl A): S1-7.

Barnes PJ, Jonsson B., Klim JB, (1996). "The costs of asthma." *Eur Respir J* 9: 636-42.

Beasley R (2002). "The burden of asthma with specific reference to the United States." *J Allergy Clin Immunol* 109(5): S482-S489.

Beaudoin C, Lussier MT, Gagnon RJ, Brouillet MI, Lalande R. (2001). "Discussion of lifestyle-related issues in family practice during visits with general medical examination as the main raison for encounter: an exploratory study of content and determinants." *Patient Education and Counselling* 45: 275-284.

Beaudoin C, Lussier MT., Rosenberg E, Richard C et Gagnon (2001). Analyse des aspects communicationnels et relationnels dans la prestation des soins de première ligne.

Beck RS, Daughtridge R., Sloane PD (2002). "Physician- patient communication in primary care office: a systematic review." *JABFP* 15(1): 25-38.

- Bender BG, Bender SE. (2005). "Patient-identified barriers to asthma treatment adherence: responses to interviews, focus groups, and questionnaires." *Immunol Allergy Clin North Am*. 25(1): 107-30.
- Bensch G, Prenner B. (2003). "Combination therapy: appropriate for everyone?" *J Asthma*. 40(4): 431-44.
- Bertakis KD, Helms J., Callahan EJ (1995). "The influence of gender on physician practice style." *Med Care* 33: 407-416.
- Blais R, Gregoire J., Rouleau R, Cartier A, Bouchard J, Boulet LP; CRUM (2001). "Ambulatory use of inhaled beta (2)-agonists for the treatment of asthma in Quebec : a population-based utilization review." *Chest* 119(5): 1316-21.
- Bodenheimer T, Lorig K., Holman H, Grumbach K. (2002). "Patient self-management of chronic disease in primary care." *JAMA* 288(19): 2469-75, 7.
- Bolton MB, Tilley B, Kuder J, Reeves T, Schultz LR. (1991). "The cost and effectiveness of an education program for adults who have asthma." *J Gen Intern Med* 6(5): 401-7.
- Boon H, Stewart MA. (1998). "Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review." *Patient Educ Couns* 35(3): 161-76.
- Boulay ME, Boulet LP. (2003). "The relationships between atopy, rhinitis and asthma: pathophysiological considerations." *Allergy Clin Immunol.*; 3(1): 51-5.
- Boulet LP (2004). "Once-daily inhaled corticosteroids for the treatment of asthma." *Curr Opin Pulm Med* 10(1): 15-21.
- Boulet LP, Bourbeau J. (2002). "L'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique." *Le clinicien*: 105-116.
- Boulet LP, Bai TR, Becker A, Bérubé D, et al (2001). "What is new since the last Canadian Asthma Consensus Guidelines (1999)?" *Can Respir J* 9(Suppl A): 5A-27A.
- Boulet LP, Chapman KR, Cote J, Kalra S, Bhagat R, Swystun VA, Laviolette M, Cleland LD, Deschesnes F, Su JQ, DeVault A, Fick RB Jr and Cockcroft DW., (1997). "Inhibitory effects of an anti-IgE antibody E25 on allergen-induced early asthmatic response." *Am J Respir Crit Care Med*. 155(6): 1825-7.
- Boulet LP et col (1997). *L'asthme. Notions de base. Éducation. Intervention. Laval*. pp388
- Boulet LP, Phillips R., O'Byrne P, Becker A, (2002). "Evaluation of asthma control by physicians and patients: comparison with current guidelines." *Can Respir J*(6): 377-8.

- Boulet LP, Turcotte H., Laviolette M, Naud F, Bernier MC, Martel S, Chakir J (2000). "Airway hyperresponsiveness, inflammation, and subepithelial collagen deposition in recently diagnosed versus long-standing mild asthma. Influence of inhaled corticosteroids." *Am J Respir Crit Care Med.* 162(1308-1313).
- Boulet LP, Turcotte H., Turcot O, Chakir J, (2003). "Airway inflammation in asthma with incomplete reversibility of airflow obstruction." *Respir Med* 97(6): 739-44.
- Boulet LP, Thivierge R., Amesse A, Nunes F, Francoeur S, Collet JP (2002). "Towards excellence in asthma management (TEAM): a populational disease-management model." *J Asthma* 39(4): 341-50.
- Boulet LP, Thivierge R., Bellera C, Dorval E, Collet JP. (2004). "Physicians' assessment of asthma control in low vs. high asthma-related morbidity regions." *J Asthma.* 41(8): 813-24.
- Boulet LP (2005). "Les problématiques de l'asthme." Session Spéciale Club Santé. Québec <http://www.glaxosmithkline.fr/gsk/mediasgp/dp/2005/1201.html>
- Bousquet J, Knani J, Henry C, Liard R, Richarda, Michel FB, Neukirch F(1996). "Undertreatment in a nonselected population of adult patients with asthma." *J Allergy Clin Immunol.* 98 (3):514-21.
- Busse WW, Lemanske R. (2001)"Asthma. *Advances in Immunology.*" *N Eng J Med.* 344(5): 350-362.
- BusseWW, Lemanske R (2004) "Management of asthma exacerbations".*Thorax.* 59:545-546
- Busse WW, Rosenwasser L. (2003). "Mechanisms of asthma." *J Allergy Clin Immunol.* 111: S799-S 804.
- Bylund CL, Makoul G. (2002). "Empathic communication and gender in the physician-patient encounter." *Patient Education and Counseling* 48: 207-216.
- Cegala DJ (1997). "A study of doctors' and patients' communication during a primary consultation: implications for communication training." *Journal of Health Communication* 2: 169-194.
- Cerveri I, Locatelli F, Zoia MC, Corsico A, Accordini S, de Marco R., (1999). "International variations in asthma treatment compliance: the results of the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS)." *Eur Respir J* 14(2): 288-94.
- Chan-Yeung M (2003). "Asthma, a disease of rich and poor." *International Journal of tuberculosis and lung disease* 7(5): 409.

Chanez P, Godard P, Roche N (2004) "Asthme". *Tiré à part* du Séminaire sur les pathologies chroniques obstructives des voies aériennes. Rev Mal Resp. 21.853-55.

Chapman K, Ernst P. (2000). L'asthme au Canada: Un sondage déterminant; résumé, Glaxo-Wellcome.

Clark NM, Gong M., Schork MA, Maiman LA, Evans D, Hurwitz ME, Roloff D, Mellins RB. (1997). "A scale for Assessing Health Care Providers' Teaching and Communication Behavior regarding asthma." Health Educ Behav(2): 245-56.

Clark NM, Gong M. (2000). "Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things?" BMJ 320: 572-5.

Clark NM, Levison MJ, Evans D, Wasilewski Y, Feldman CH, Mellins RB (1990). "Communication within low income families and the management of asthma." Patient Educ Couns 15(2): 191-210.

Clark NM, Northwehr F, Gong M, Evans D, Maiman LA, Hurwitz M E, Rolloff D, Mellins RB (1995). "Physician-Patient partnership in managing chronic illness. Academic Medicine,." 70 11(957-959).

Clark NM, Partridge M. (2002). "Strengthening asthma education to enhance disease control." Chest. 121(5): 1661-9.

Coambs RB, Jansen P, Hao Her M et al. "Review of the scientific literature on the prevalence, consequences, and health costs of noncompliance & inappropriate use of prescription medication in Canada" Ottawa, ON: Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, University of Toronto Press

Cochrane GM (1992). "Therapeutic compliance in asthma; its magnitude and implications." Eur Respir J 5(1): 122-4.

Cochrane GM (1996). "Compliance and outcomes in patients with asthma." Drugs 52(Suppl 6): 12-9.

Cochrane GM, Horne R., Chanez P (1999). "Compliance in asthma." Respir Med 93(11): 763-69.

Comité scientifique du réseau québécois pour l'enseignement sur l'asthme (2000). "Quelles sont les ressources en éducation sur l'asthme au Québec?" Le clinicien: 104-121.

Connolly CK, Alcock S, Prescott RJ (2002). "Mortality in asthmatics over 15 years: a dynamic cohort study from 1983-1998." Eur respir J 19: 593-598.

Contandriopoulos AP.(1994). "The Canadian Health System: Achievements and Challenges. "Montréal: Département de la santé et GRIS, Université de Montréal.

Contandriopoulos AP, Champagne F, Leduc N, Lemay A, Dassa C (2001). Profil de pratique des médecins généralistes du Québec, Université de Montréal, Gris: 64.

Cooper LA, Roter DL, Ed. (2002). Patient-provider communication: the effect of race and ethnicity on process and outcomes of healthcare. Unequal Treatment: confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care.

Cowie RL, Cicutto L, Boulet LP (2002). "Patient Education Program Committee, Canadian Network for Asthma Care Asthma education and management programs in Canada." Can Respir J 9(1): 37.

Davis LE, Lee J, Garg R, Leighton J, Goodman A, Cohen L, Morris C, Rome M, (2003). "Asthma in New York City." J Asthma 40: Suppl:55-61.

Denzin NK, Lincoln Y. (2000). Handbook of qualitative research, Thousand Oaks: Sage.

Deslauriers (1988). Les méthodes de la recherche qualitative, J.P.d (Ed).

Deveugle, M., Derese A., van den Brink-Muinen A., Bensing J., De Maeseneer J. (2002). "Consultation length in general practice : cross sectional study." BMJ 325: 472-474.

DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW (2002).Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. Med Care. 40(9):794-811

Douglass J, Goeman D., Aroni R, Thien F, Abramson M, Stewart K et Sawyer D (2004). "Choosing to attend an asthma doctor: a qualitative study in adults attending emergency departments." Family Practice 21: 166-172.

Eagan TML, Bakke P., Eide GE, Gulsvik A (2002). "Incidence of asthma and respiratory symptoms by sex, age and smoking in a community study." Eur respir J 19: 599-605.

Eaton T; Withy S; Garrett JE; Mercer J; Whitlock R ML, a. R. H. H. (1999). "Spirometry in Primary Care Practice. The Importance of Quality Assurance and the Impact of Spirometry Workshops." Chest 116: 416-423.

Eggly S (2002). "Physician Patient Co-Construction of Illness Narratives in the Medical Interview." Health Communication, 14(3): 339-360.

Erhola M, Mäkinen R., Koskela K, Bergman V, Klaukka T, Mäkela M, Tirkkonen L, Kaila M (2003). "The asthma Programme in Finland: an evaluation survey in primary health care." Int J Tuberc Lung Dis 7(6): 592-598.

Ernst P, Fitzgerald J, Spier S (1996). "Conférence canadienne de consensus sur l'asthme. Résumé des recommandations." *Can Respir J* 3(2): 101-14.

Evans DA, Block M, Steinberg ER, Penrose AM (1986). "Frames and heuristics in doctor-patient discourse." *Soc Sci Med* 22(10): 1027-34.

Ferguson GT, Enright P, Buist S, Higgins M W (2000). "Office spirometry for lung health assessment in adults: A consensus statement from the National Lung Health Education Program." *Respir Care* 45: 513-30.

Gillissen A (2004). "Managing asthma in the real world." *Int J Clin Pract* 58(6): 592-603.

Griffin S, Kinmonth A. L. (1998). "Diabetes care: The effectiveness of systems for routine surveillance for people with diabetes." *The Cochrane Library* 13. Oxford, UK Cochrane review.

Hall, J. A., Roter, D. L., & Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26, 657-675

Holman H, Lorig K (2000). "Patients as partners in managing chronic disease." *BMJ* 320(526-7).

Huberman AM, Miles MB (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes.* Bruxelles, Traduction de C.De Backer, Lamongie, V (Erasme).

Humbert M (2003). "Bronchial immunoglobulin E production in intrinsic asthma." *Revue française d'allergie et d'immunologie clinique* 43: 229-231.

Jones A, Sykes A (1990). "The effect of symptom presentation on delay in asthma diagnosis in children in a general practice". *Respir Med.* 84(2):139-42.

Jones A, Pill R., Adams S (2000). "Qualitative study of views of health professionals and patients on guided self management plans for asthma." *BM J* 321: 1507-1510.

Jones C, Santanello N., Boccuzzi SJ, Wogen J, Strub P, Nelsen LM, (2003). "Adherence to prescribed treatment for asthma: evidence from pharmacy benefits data." *J Asthma* 40(1): 93-101.

Jones KG, Bell J, Fehrenbach C, Pearce L, Grimley D, Mc Carthy TP (2002). "Understanding patient perceptions of asthma: results of the asthma control and expectations (ACE) survey." *Int J Clin Pract.*; 56(2): 89-93.

Juniper EF (1997). "Quality of life in adults and children with asthma and rhinitis." *Allergy* 52: 971.

Kaplan RM (1997). "Health outcomes and communication research." *Health Communication* 9(1): 73-82.

Kennedy I (2003). "Patients are experts in their own fields." *BM J* 326: 1276-1277.

Kessler D (1991). "Communication with patients about their medications." *The New England Journal of Medicine* 325(23): 1650-1652.

Kolbe J (1999). "Asthma education, action plans, psychosocial issues and adherence." *Can Respir J* 6(3): 273-80.

Krahn MD, Berka C, Langlois P, Detsky AS (1996). "Direct and indirect costs of asthma in Canada, 1990." *Can Med Assoc J* 154(6): 821-31.

Kuntz K M, Kitch BT, Fuhlbrigge AL, Paltiel D, Weiss ST (2002). "A novel approach to defining the relationship between lung function and symptom status in asthma." *Journal of Clinical Epidemiology* 55: 11-18.

Kurtz SM (2002). "Doctor-Patient Communication: Principles and Practices." *Can J Neurol. Sci* 29(suppl 2): S23-29.

Laberge A, Lajoie P, Lebel G, Demers M., Mercier P, Gagonon MF., Lamarche PA.(2000) Étude des variations géographiques et annuelles de la fréquence de décès, d'hospitalisations et de visites à l'urgence pour cause d'asthme au Québec. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique.

Laperrière A (1997). "Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. " J. Poupart. J.-P. Deslauriers. L. H. Groulx. A. Laperrière. R. Mayer. A. Pires. (Eds. Boucherville, Gaetan Morin: 365-389.

Laitinen T(2002). "The value of isolated populations in genetic studies of allergic diseases." *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2 (5) 375-8

Laurier C, Kennedy W., Malo JL, Paré M, Labbé D, Archambault A, Contandriopoulos AP. (1999). "Taux et coût des hospitalisations pour l'asthme au Québec : Analyse des données 1988-1989 et 1994-1995." *Maladies chroniques du Canada* 20(2): 92-99.

Lazare A, Puttman S., Lipkin M. (1995). Three functions of the medical interview. *The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research.* P. S. Lipkin M Jr, Lazare A, Eds. New York, NY, Springer-Verlag: 3-19.

LeBaron S, Reyher J, and Stack JM (1985). "Paternalistic vs egalitarian physician styles: the treatment of patients in crisis." *J Fam Pract* 21(1): 56-62.

Leduc N, Loignon C, Lussier M.-T, Rodrigues I., Paradis B, Champagne F, (2001). Pourquoi certains asthmatiques ne se conforment-ils pas à la recommandation de recevoir un enseignement dispensé par un centre d'enseignement aux asthmatiques. Montréal, Rapport de recherche, Fonds d'adaptation des services de santé du Canada, GRIS.

Leininger M (1994). "Evolution criteria and critique of qualitative research studies. " *Critical issues in qualitative research methods*. J. M. M. (Ed.), Thousand Oaks: Sage.: 95-115.

Levinson W, Gorawara-Bhat R., Dueck R, Egner B, Kao A, Kerr C, Lo B, Perry D, Pollitz K, Reifsteck S, Stein T, Santa J, Kemp-White M (1999). "Resolving Disagreements in the Patient-Physician Relationship: Tools for Improving Communication in Managed Care." *JAMA* 282: 1477-1483.

Lopez-Vina A, Cimas J., Diaz Sanchez C, Coria G, Vegazo O, Valles CP (2003). "A comparison of primary care physicians and pneumologists in the management of asthma in Spain: ASES study." *Respiratory Medicine* 7: 872-881.

Lussier MT, Richard C. (2000). "À nous d'instaurer le dialogue, de bien renseigner notre patient et de l'inciter à se prendre en charge." *L'Omnipraticien*.

Lussier MT (2002). "Observational study of consultations between adult asthmatic patients and general practitioners." *Devis de recherche de l'étude principale*. Université de Montréal.

Lussier MT, Richard C. (2004). "Doctor-Patient Communication The medical interview Setting, nonverbal language, and social roles." *Can Fam Physician* 50: 45-7.

Magar Y, Vervloet D, Steenhouwer F, Smaga S, Mechin H, Rocca Serra JP, Marchand C and d'Ivernois JF (2005). "Assessment of a therapeutic education programme for asthma patients: "un souffle nouveau"." *Patient Education and Counseling* 58(1): 41-46.

Markson LE, V. W., Fitterman L, O'Connor E, Narayanan S, Berger M, Buist S (2001). "Insight into a patient dissatisfaction with asthma treatment." *Arch Intern Med* 161: 379-384.

Martinez F (1997). "Complexities of the Genetics of Asthma." *Am. J. Respir. Crit. Care Med* 156(4): S117-S122.

Maucabas C, de Klerck N H, Holt B J, Wee C, Kendall G, Firth M, Sly PD, Holt PG (2003). "Association between antenatal cytokine production and the development of atopy and asthma at age 6 years." *Lancet* 362: 1192-1197.

Maziak W (2002). "Asthma and the exposure-disease tenet." *Journal of Clinical Epidemiology* 55: 737-740.

Mintz M (2004). "Asthma Update: Part I. Diagnosis, Monitoring, and Prevention of Disease Progression." *Am Fam Physician* 70(5): 893-8.

Mintz M (2004). "Asthma Update: Part II. Medical Management." *Am Fam Physician* 70(6): 1061-1066.

Mintz S, Alexander M., Li JH, Mayer PV. (2002). "Once-daily administration of budesonide Turbuhaler was as effective as twice-daily treatment in patients with mild to moderate persistent asthma." *J Asthma* 39: 203-210.

Nordmann A, Frach B., Walker T, Martina B, Battegay E (1999). "Reliability of patients measuring blood pressure at home : Prospective observational study." *BMJ*(319): 1172.

O'Byrne PM, Vethanayagam D. (2002). Side effects of inhaled corticosteroids. *Inhaled Steroid in Asthma*. O. B. P. Schleimer RP, Szeffler SJ, BrattsandR. New York. 163: 49-64.

O'Dowd LC, Fife D, Tentave T, Panettieri R (2003). "Attitudes of physicians toward objective Measures of Airway Function in Asthma." *The Am Journ of Med* 114: 391-397.
Paillé P (1994). "L'analyse par théorisation ancrée." *Cahiers de recherche sociologique* 23: 147-181.

Partridge MR (1994). "Educating patients with asthma." *Postgrad Med J* 70(827): 599-603.

Partridge MR (2000). "Enhancing care for people with asthma: the role of communication, education, training and self management." *Eur Respir J* 16: 333-348.

Partridge MR (2002). "Living with a variable disease." *Pulm Pharmacol Ther* 15(6): 491-6.

Partridge MR (2002). "Evaluation of long-term efficacy of an asthma education programme in an out-patient clinic." *Respir Med*. 96(7): 519-24.

Partridge MR, P. J., Rooney M, Kava T, (2000). "What is the effect of race, ethnicity and culture on asthma outcomes?" *Thorax* 55: 0-2.

Patton M.Q (1990). *Qualitative evaluation and research methods*, SAGE Publications.

Pauwels R, Pedersen S., Busse W, Tan W, Chen Y, Ohlsson S, Ullman A, Lamm C, O'Byrne PM (2003). "Early intervention with budesonide in mild persistent asthma: a randomised, double-blind trial." *Lancet* 361(9363): 1071-1076.

Peterson MW (2003). "Accessing the tools for improved asthma management." *AM J Med* 114: 415-416.

Poupart J, D., Groulx, Laperrière, Mayer, & Pires (1997). *La recherche qualitative :Enjeux épistémologiques et méthodologique*. Montréal, Gaetan Morin.

Ram FSF, Jones A., Fay JK (2003). "Primary care based clinics for asthma." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3.

Ressel GW (2003). "NAEPP updates guidelines for the diagnosis and management of asthma." *Am Fam Physician* 68(1): 169-170.

Rhodes L, Moorman J. E., Redd S C, Mannino D M (2003). "Self reported asthma prevalence among adults-United States, 2001." *JAMA* 289(20): 2639-2640.

Richard C (2005). "Importance et rôle du discours sur la médication dans l'entrevue médicale. " *Thèse de doctorat. Département de psychologie. Faculté des Études Supérieures. Université de Montréal.*

Richard C, Lussier MT (2001). "L'asthme et la communication médecin-patient : Modulez vos interventions en fonction de la gravité et du degré de maîtrise de la maladie. Le dialogue au rendez-vous." *Med Actuel FMC*: 28-31

Richard C, Lussier MT (2005). *La communication professionnelle en santé*. Éditions du Renouveau Pédagogique Ed., Montréal. pp 840

Roter DL, Hall J. (1993). *Doctors talking with patients. Patients talking with doctors. Improving communication in Medical visits.*, Pfizer Ed.

Roter DL, Hall J., Kern DE and al (1995). "Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial." *Arch Intern Med* 155: 1877-84.

Roter DL, Hall J., Aoki Y (2002). "Physician gender effects in medical communication." *JAMA* 288(6): 756-764.

Roter DL, Hall J. (2004). "Physician gender and patient-centered communication: A Critical Review of Empirical Research." *Annual Review of Public Health* 25(497-519).

Roter DL, Levinson M., Korgaard A (1991). "Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits." *Med Care* 29: 1083-93.

Roter DL, Larson S. (2002). "The Roter Interaction Analysis System (RIAS): Utility and Flexibility for Analysis of Medical Interactions." *Pat Education and Counseling* 46: 243-251.

Savoie-Zajc, L. (1997). "L'entrevue semi-dirigée". Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche en sciences sociales : De la problématique à la collecte de données*, (3^e éd.), (p. 263-285). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Schermer T, Eaton T., Pauwels R, van Weel C (2003). "Spirometry in Primary Care: is it good enough to face demands like world COPD Day?" *Eur respir J* 22: 725-727.

Sleath B, Roter DL, Chewning B, Svarstad B, (1999). "Asking questions about medication: analysis of physician-patient interactions and physician perceptions." *Med Care* 37(11): 1169-73.

Soriano JB, Kiri V, Maier WC, Strachan D (2003). "Increasing prevalence of asthma in UK primary care during the 1990s." *International Journal of tuberculosis and lung disease* 7(5): 415-421.

Soubhi H, Potvin L, Paradis G (2004). "Family process and parent's leisure time physical activity." *Am J Health Behav* 28(3): 218-230.

Stange KC, Zyzanski S, Jaen CR, Callahan EJ, Kelley RB, Gillanders WR, Shank LC, Chao J, Medalle JH, Miller WL, Crabtree BF, Flocke SA, Gilchrist VJ, Langa DM, Goodwin MA (1998). "Illuminating the 'black box'. A description of 4454 patients visits to 138 family physicians." *J Fam Pract* 46(5): 377-89.

Statistics Canada (1997). *Canadian Community Health Survey*. Ottawa, Ontario, Canada, Statistics Canada, Health Statistics Division

Statistics Canada (2000-2001). *Canadian Community Health Survey*. Ottawa, Ontario, Canada, Statistics Canada, Health Statistics Division.

Stewart MA (1995). "Effective physician-patient communication and health outcomes. A review." *CMAJ* 152(9): 1423-33.

Stewart MA, Brown J, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR (1995). *Patient-Centered Medicine. Transforming the clinical Method*, Sage Publications.

Suissa S, Ernst P. (2003). "Use of anti-inflammatory therapy and asthma mortality in Japan." *Eur respir J* 21: 101-104.

Tierney LM, Mc Phee S., Papadakis MA. (2002). *Asthma in Current medical Diagnosis and treatment. Adult ambulatory and inpatient Management*. Lange: 278-290.

Turner MO, Taylor D., Bennett R, Fitzgerald JM (1998). "A Randomized Trial Comparing Peak Expiratory Flow and Symptom self-management Plans for Patients with Asthma attending a primary care Clinic." *Am J Respir Crit Care Med.* 157: 540-546.

Umetsu DT, Akbari O, DeKruyf R H (2003). "Regulatory T cells control the development of allergic disease and asthma." *J Allergy Clin Immunol* 112(3): 480-487.

Van der Maren, J. M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation.* Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

van Ganse E, Lefkens HGM, Vincken W, Hubloue I, Bartsch P, Bouckaert A (1997). Assessing asthma management from interviews of patients and family physicians. *J Asthma.* 34(6):567

Vervloet D (2003). *La prévention de l'asthme par l'éducation thérapeutique du patient asthmatique.* Congrès International sur l'asthme, Paris.

Weiss KB, Gergen P., Hodgson TA. (1992). "An economic evaluation of asthma in the United States." *The New England Journal of Medicine* 326(13): 862-867.

Wenzel SE (2003). "A different disease, many diseases or mild asthma gone bad? Challenges of severe asthma." *Eur respir J* 22: 397-398.

Williams LK, Pladevall M., Xi H, Peterson EL, Joseph C, Lafata JE, Ownby DR, Johnson CC (2004). "Relationship between adherence to inhaled corticosteroids and poor outcomes among adults with asthma." *J Allergy Clin Immunol* 114(6): 1288-93.

Winkin Y (1981). *La nouvelle communication.* Paris, Seuil.

Woolcock AJ, Bastampillai S., Marks GB, Keena VA (2001). "The burden of asthma in Australia." *Med J Aust* 171: 141-145.

Worstell M (2000). "Asthma: individual patient perspective and current unmet needs." *Clin Exp Allergy* 30(Suppl 1): 11-15.

Annexe 1

Tableau des traitements pharmacologiques pour l'asthme.

Les tableaux des traitements pharmacologiques suivant sont inspirés du modèle présenté dans l'outil d'aide à la décision dans le traitement de l'asthme CRUM, 1999. Nous l'avons adapté en fonction de la clientèle adulte faisant l'objet de notre étude et des produits inscrits à la Liste de médicaments publiée par la RAMQ (avril 2002)

A. TRAITEMENT INITIAL

Agonistes β_2 en inhalation à courte durée d'action dans le traitement de l'asthme

DÉNOMINATION COMMUNE	NOM COMMERCIAL ET DISPOSITIF D'INHALATION (FORMAT)	NOMBRE D'INHALATIONS Pour une dose équivalente à 200 µg/jour de salbutamol et durée approximative d'un format à cette dose
Fénotérol (bromhydrate de)	Bérotec® aérosol doseur 100 µg/inh. (200 inh)	2 (3mois)
Salbutamol (sulfate de)	Ventodisk® Diskhaler® 200 µg/coque	2 (2mois)
	400 µg/coque (15 x 8 coques)	1 (4mois)
Salubutamol (sulfate de)	Ventolin^R Rotahaler®	
Terbutaline (sulfate de)	Bricanyl® Turbuhaler® 500 µg/inh. (200 inh)	1 (6mois)

© CRUM, 2002

B. THÉRAPIE D'APPOINT comprend les

- Agonistes β_2 en inhalation à longue durée d'action
(seul ou en association)
- Anti-leucotriènes

DÉNOMINATION COMMUNE	NOM COMMERCIAL ET DISPOSITIF D'INHALATION (FORMAT)	POSOLOGIE
Agonistes β_2 en inhalation à longue durée d'action (seuls ou en association)		
Formétérol (fumarate dihydraté)	Oxeze® Turbuhaler® 6 µg/inh (60 inh) 12 µg/inh (60 inh)	12 ans et + : traitement d'entretien 1 inh BID 6 à 12 µg lors de signes et symptômes d'asthme
Salmétérol (xinafoate de)	Serevent® aérosol doseur 25 µg/inh (120 inh) Serevent® Diskhaler® 50 µg/coque (15x 4 coques) Serevent® Diskus® 50 µg/coque (60 coques)	4 ans et + : 2 inh.BID 1 inh. BID 1 inh. BID
Salmétérol (xinafoate de) et Fluticasone (propionate de)	Advair^{MC} Diskus® 50/100 µg/coque.(60 coques) 50/250 µg/coque (60coques) 50/500 µg/coque (60 coques)	12 ans et + : 1 inh BID
Antagonistes des récepteurs des leucotriènes		
Montélukast (sodique)	Singulair® 10mg/kg	15 ans et + 1 co. HS
Zafirlukast	Accolate® 20mg/co	12 ans et + : 1 co BID à jeûn

C. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE FOND

Corticostéroïdes en inhalation dans le traitement de l'asthme

DÉNOMINATION COMMUNE	NOM COMMERCIAL ET DISPOSITIF D'INHALATION (FORMAT)	ÉQUIVALENCES DE DOSES QUOTIDIENNES PROPOSÉES ($\mu\text{g}/\text{jour}$)		
		faible	Modéré	élevé
Béclométhasone-HFA (Dipropionate de)	QVAR^{MC} aérosol doseur (sans CFC) 50 $\mu\text{g}/\text{inh.}$ (200 inh.)	≤ 200	201-400	> 400
Budésonide	100 $\mu\text{g}/\text{inh.}$ (200 inh.)	≤ 400	401-800	> 800
	Pulmicort[®] Turbuhaler[®] 100 $\mu\text{g}/\text{inh.}$ (200 inh.)			
	200 $\mu\text{g}/\text{inh.}$ (200 inh.)			
Fluticasone (propionate de)	400 $\mu\text{g}/\text{inh.}$ (200 inh.)	≤ 250	251-500	> 500
	Flovent[®] aérosol doseur			
	25 $\mu\text{g}/\text{inh.}$ (120 inh.)			
	50 $\mu\text{g}/\text{inh.}$ (120 inh.)			
	125 $\mu\text{g}/\text{inh.}$ (120 inh.)			
	250 $\mu\text{g}/\text{inh.}$ (120 inh.)			
Fluticasone-HFA (propionate de)	Flovent[®] Diskus[®] 50 $\mu\text{g}/\text{coque}$ (60 coques)	≤ 250	251-500	> 500
	100 $\mu\text{g}/\text{coque}$ (60 coques)			
	250 $\mu\text{g}/\text{coque}$ (60 coques)			
	500 $\mu\text{g}/\text{coque}$ (60 coques)			
	Flovent[®] HFA aérosol doseur sans (CFC)			
	50 $\mu\text{g}/\text{inh.}$ (120 inh.)			
	125 $\mu\text{g}/\text{inh.}$ (120 inh.)			
	250 $\mu\text{g}/\text{inh.}$ (120 inh.)			

Annexe 2

**Verbatim intégral des entrevues de la première
source de données.**

Verbatim des entrevues.

ENTREVUE 280

[1] Pt : C'est parce que j'ai eu un problème. J'ai passé deux jours à l'hôpital Saint-Eustache et ils m'ont passé une gastroscopie pour mon estomac. Ils ont rien trouvé et j'ai encore mal dans le corps. Ça lâche pas. J'ai de la misère à dormir.

[2] Md : Quand vous aviez été à l'hôpital Saint-Eustache, c'était pour des douleurs dans le corps?

[3] Pt : Oui.

[4] Md : C'était quand, ça?

[5] Pt : Bien, c'était plus des brûlements d'estomac et là c'est rendu que ça me brasse ici dans le ventre.

[6] Md : O.K.

[7] Pt : C'est pour ça qu'ils avaient décidé de me passer une gastroscopie. J'avais vomi du sang.

[8] Md : O.K.

[9] Pt : Le samedi matin. Alors le lundi je suis allé à l'hôpital et ils m'ont gardé 36 heures sous observation et des prises de sang aux quatre heures. Ils m'ont passé une gastroscopie et ils ont rien trouvé. Parce que j'avais mal à une épaule et ils m'ont dit que probablement que c'était parce que j'avais pris des anti-inflammatoires. Ça avait irrité mon estomac.

[10] Md : O.K.

[11] Pt : Et j'avais vomi du sang. Mais j'ai encore mal dans le corps.

[12] Md : Quand est-ce que vous avez passé la gastroscopie?

[13] Pt : Juste avant les Fêtes. À peu près trois semaines avant les Fêtes.

[14] Md : Au mois de décembre.

[15] Pt : Oui.

[16] Md : Là maintenant c'est des douleurs plus bas que vous avez.

[17] Pt : Oui, ça me brasse ici. Et j'ai toujours un poing dans la gorge et des poings dans le dos. Comme si j'avais avalé un bonbon rond dans la gorge. Et des poings dans le dos. Régulièrement. Et ça me réveille la nuit et ça me brasse ici.

[18] Md : Ça fait quoi comme douleur dans le bas du ventre?

[19] Pt : Comment je pourrais vous dire... Ça fait comme brasser.

[20] Md : Est-ce que c'est des crampes?

[21] Pt : Oui, des crampes, mais ça fait comme des glouglous et ça pince.

[22] Md : O.K.

[23] Pt : Ça tire régulièrement.

[24] Md : Et ça, vous avez ça toute la journée?

[25] Pt : Ah, ça me prend par période, mais à tous les jours je l'ai régulièrement. Même le soir. Et quand je mange, bien, souvent après souper j'ai de la difficulté.

[26] Md : Vous avez de la difficulté parce que vous avez des crampes comme ça qui persistent.

[27] Pt : Oui, c'est ça.

[28] Md : Vous dites, « le soir, quand je mange j'ai de la difficulté ». Les douleurs commencent combien de temps à peu près après le repas?

[29] Pt : C'est dur à dire. J'en ai avant, j'en ai après. Elles sont plus douloureuses, comment je peux vous dire, je sais pas, à peu près une heure après le repas.

[30] Md : Le fait de manger, est-ce que ça change quelque chose sur le coup?

[31] Pt : Non.

[32] Md: Non. Ça vous soulage pas?

[33] Pt: Non.

[34] Md : Ça empire pas?

[35] Pt : Même, des fois quand ça fait trop mal, je saute un repas. J'attends d'avoir moins mal et je mange un petit peu. Mais j'ai assez de difficulté à ce point de vue-là.

[36] Md : Avez-vous vomi?

[37] Pt : Régulièrement je vomis.

[38] Md : C'est-à-dire? Ça veut dire quoi?

[39] Pt : Régulièrement. Le matin en me levant.

[40] Md: Vous vomissez tous les matins.

[41] Pt : Pas tous les jours, mais au moins deux à trois fois par semaine.

[42] Md : O.K. Depuis?

[43] Pt : Depuis six, sept mois.

[44] Md : C'est comme ça depuis six, sept mois.

[45] Pt : Oui.

[46] Md : Vous vomissez tous les matins.

[47] Pt : Tous les matins.

[48] Md: Les selles, est-ce qu'il y a eu des changements par rapport à ça?

[49] Pt : J'avais les selles noires. C'est pour ça que j'étais allé à l'hôpital.

[50] Md: Oui, O.K.

[51] Pt : Et je prenais du Reflux pour l'estomac et il m'a dit que ça avait pas rapport à ça que mes selles étaient noires.

[52] Md: Mais depuis, vous avez cessé ça, j'imagine, le Reflux?

[53] Pt : Oui, parce qu'ils m'avaient prescrit du Maalox pour mon estomac et ils me défendaient de reprendre des anti-inflammatoires. Ils m'ont fait une injection de cortisone dans l'épaule et ça a rien arrangé à mon épaule, j'ai autant mal à l'épaule. C'est ça. Au point de vue malaises physiques, c'est ça.

[54] Md: Mais il y a pas eu d'autres selles noires depuis...

[55] Pt : Non.

[56] Md : ...ou du sang dans les selles.

[57] Pt : Non.

[58] Md : Est-ce que vous avez des diarrhées?

- [59] Pt : Mes selles sont assez régulières. C'est pas diarrhée. C'est normal.
- [60] Md : Vous y allez tous les jours?
- [61] Pt : Ah oui. Trois, quatre fois par jour.
- [62] Md : Trois, quatre fois par jour. Ça a toujours été comme ça?
- [63] Pt : Oui.
- [64] Md : Vous avez quel âge?
- [65] Pt : 30 ans.
- [66] Md : Avez-vous déjà eu des problèmes de santé?
- [67] Pt : Non.
- [68] Md : Vous avez pris des anti-inflammatoires pour votre épaule. À part ça, vous avez jamais fait de haute pression, de diabète, de...
- [69] Pt : Non. Bien, j'ai jamais passé de tests pour ça.
- [70] Md : Mais en général vous êtes quelqu'un en bonne santé.
- [71] Pt : Oui.
- [72] Md : Est-ce que vous fumez?
- [73] Pt : Oui.
- [74] Md : Combien vous fumez?
- [75] Pt : Je fume un paquet par jour. Je suis asthmatique aussi.
- [76] Md : Est-ce que vous prenez des médicaments pour votre asthme?
- [77] Pt : J'ai Ventolin, la petite bouteille bleue.
- [78] Md : Est-ce que vous avez besoin d'en prendre souvent?
- [79] Pt : Non, ça fait à peu près sept mois que j'ai ma bouteille et j'ai à peu près la moitié de pris dans ma bouteille. Alors c'est vraiment quand j'en ai besoin.
- [80] Md : C'est vraiment très occasionnel que vous en prenez.
- [81] Pt : Oui. Le matin surtout.
- [82] Md : Dans votre famille est-ce qu'il y a des problèmes de santé particuliers?
- [83] Pt : Ma mère a un problème de cœur. Mais elle est rendue à 72 ans, alors...
- [84] Md : Et c'est quoi, son problème...
- [85] Pt : Mon père est mort de leucémie. Ses frères aussi.

- [86] Md : Il est décédé à quel âge, votre père?
- [87] Pt : 54 ans.
- [88] Md : Avez-vous des frères et des sœurs?
- [89] Pt : Oui.
- [90] Md : Ils sont en bonne santé?
- [91] Pt : Ma sœur a eu des pierres au foie. Elle s'est faite opérer cet été. Et je lui parlais de mes symptômes et elle disait que ça lui faisait la même chose avant son opération. Parce qu'ils me demandaient de me trouver un médecin de famille parce que je viens de la Côte-Nord, là-bas ils ont pas pu me suivre. J'ai essayé d'avoir des médecins là-bas parce que ma conjointe me disait, « le Dr Langlois n'en prend plus ». Quand j'ai pas été capable d'avoir personne, elle a dit, « je vais essayer ».
- [92] Md : Ça a fonctionné. Vous avez pas d'allergies à des médicaments?
- [93] Pt : À la pénicilline.
- [94] Md : Venez, on va aller voir ça. Qu'est-ce que vous faites comme travail?
- [95] Pt : Bien, présentement je suis sur l'assurance-chômage mais je travaille sur des ponts roulants aux plafonds des usines.
- [96] Md : Je vais vous peser. Est-ce que votre poids est pas mal stable?
- [97] Pt : Oui.
- [98] Md : Il n'y a pas eu de changement dernièrement.
- [99] Pt : Bien, depuis un an et demi, j'ai pris 25-30 livres. Normalement c'était 165. Là je me tiens à 180. J'ai des grains de beauté en haut du pénis, et sur le scrotum ça me démange, ça me pique.
- [100] Md : Ah oui? Ils sont là depuis longtemps?
- [101] Pt : Bien, ça sort, il en sort régulièrement. J'ai déjà été traité pour des condylomes et ça a tout brûlé. Et là ça a pas l'air à être des condylomes.
- [102] Md : Il y a pas d'écoulements au niveau de l'urètre?
- [103] Pt : Non, Non.
- [104] Md : Ouvrez la bouche. C'est bien. Respirez fort par la bouche. Allongez-vous sur le dos. Montrez-moi donc avec votre main où est la douleur?
- [105] Pt : Ici et ça me fait des poings dans la colonne vertébrale.
- [106] Md : C'est des deux côtés, autant d'un côté que de l'autre.
- [107] Pt : C'est ça. C'est ça, et ça me réveille la nuit. Je suis plié en deux. Je me mets à genoux, la tête dans l'oreiller, et c'est comme ça que ça réussit à passer. Des fois un petit peu d'eau chaude. Une tasse d'eau chaude. Normalement ça prend une grosse heure avant que ça...
- [108] Md : Et vous aviez jamais eu ces douleurs-là avant?
- [109] Pt : Non.
- [110] Md : Et là, les douleurs basses comme ça, ça fait quoi, ça fait un mois à peu près que c'est là? Ou...
- [111] Pt : Quand je suis allé à la clinique, c'était plus des brûlements d'estomac.
- [112] Md : C'était plus des brûlements.
- [113] Pt : Oui, c'est ça.
- [114] Md : Mais les crampes comme ça, ça fait?

[115] Pt : Ah, ça fait... Après que je suis revenu de l'hôpital j'ai essayé de reprendre un rendez-vous et là ils m'ont dit, « trouve-toi un médecin parce qu'on peut pas... à moins que tu viennes à l'urgence ».

[116] Md : Alors ça fait à peu près un mois, ces douleurs-là.

[117] Pt : Oui. Plus fréquemment. J'ai déjà eu des douleurs, mais ça disparaissait. Je pouvais en avoir une fois par mois, mais là c'est fréquent.

[118] Md : Je vais juste regarder ça.

[119] Pt : Ça sort tout le temps et ça arrête pas de sortir et ça me démange.

[120] Md : Il y en a de plus en plus.

[121] Pt : Oui, et ça avait pas l'air de condylomes, parce que j'en ai déjà eus, des condylomes. Ici, là...

[122] Md : Ça, c'est des condylomes.

[123] Pt : Des condylomes?

[124] Md : Oui.

[125] Pt : Parce que j'avais été traité à l'azote liquide.

[126] Md : Oui.

[127] Pt : J'ai été traité à l'acide.

[128] Md : O.K.

[129] Pt : Et elle m'avait prescrit Condylime pour les lésions.

[130] Md : Oui. Est-ce que tu en as mis sur ces lésions-là?

[131] Pt : Oui.

[132] Md : Mais ils sont gros. C'est probablement pour ça que ça...

[133] Pt : C'était pas gros comme ça.

[134] Md : Ça grossit beaucoup. Je vais t'envoyer chez la dermatologue. C'est beau. Tu peux te rhabiller.

[135] Pt : Si c'est des condylomes, ma conjointe...

[136] Md : Oui, il faudrait qu'elle ait un examen, une cytologie. Ça fait combien de temps qu'elle a pas eu d'examen?

[137] Pt : Elle est venue vous voir l'année passée, je pense.

[138] Md : L'année passée. C'est ça, il faudrait qu'elle vienne pour un examen et là il faudrait que vous utilisiez le condom jusqu'à temps que toutes les lésions soient parties.

[139] Pt : O.K.

[140] Md : Ça veut pas dire qu'elle va en avoir nécessairement, mais des fois au niveau du col on dépiste microscopiquement s'il y en a, parce que ça peut être un facteur de risque pour le cancer du col.

[141] Pt : Et ils m'avaient traité pour... Au bord de l'anus il en avait poussés et il y en avait même en dedans.

[142] Md : Ah oui.

[143] Pt : Alors j'aimerais, tant qu'à être là-dedans, qu'ils vérifient en même temps dans l'anus s'il y aurait pas des...

[144] Md : Oui, s'il y aurait pas des récidives.

[145] Pt : C'est peut-être parce qu'il en restait une couple là et ça en a fait sortir d'autres.

[146] Md : Oui. Du point de vue du sommeil, à part les fois où la douleur dans le ventre vous réveille, est-ce que le sommeil est quand même bon?

- [147] Pt : Pas beaucoup, non. Je dors une moyenne de quatre heures par nuit.
- [148] Md : Ça a toujours été comme ça?
- [149] Pt : Non, non, non, depuis un bout. Depuis à peu près six mois je dors vraiment pas beaucoup. Je me réveille régulièrement et je me lève vers 2 heures le matin. Je regarde la télévision et un moment donné je me rendors vers 4 heures et à 7 heures je suis réveillé, 6 heures et demie, 7 heures. Mais c'est pas des sommeils profonds. Ça prend pas grand-chose pour me réveiller.
- [150] Md : Vous dites que vous avez augmenté de poids depuis une couple d'années.
- [151] Pt : Depuis un an à peu près.
- [152] Md : Vous dites que depuis six mois vous vomissez toutes les semaines, il y a des problèmes de sommeil. Est-ce qu'il s'est passé quelque chose?
- [153] Pt : Non. Une perte d'emploi, mais rien de...
- [154] Md : Ça fait combien de temps, la perte d'emploi?
- [155] Pt : Au mois de juin.
- [156] Md : Est-ce que c'est la première fois que vous êtes en chômage pour plusieurs mois comme ça?
- [157] Pt : Oui.
- [158] Md : C'est jamais arrivé avant.
- [159] Pt : Non.
- [160] Md : Au point de vue du stress et tout ça, est-ce que...
- [161] Pt : Ah ça, du stress, j'en ai toujours eu un peu.
- [162] Md : Vous sentez-vous plus anxieux de ce temps-ci?
- [163] Pt : Moins patient, disons. Pas travailler, rester dans la maison, là, c'est...
- [164] Md : C'est plus difficile.
- [165] Pt : Oui. De temps en temps je m'évade. J'ai une cabane à pêche à Oka. Je m'en vais là. Mais, non, depuis que je travaille pas... Tous les bobos ont sorti, là...
- [166] Md : Un par derrière l'autre.
- [167] Pt : Oui.
- [168] Md : Est-ce qu'il y a de la tristesse?
- [169] Pt : Euh... non, pas vraiment.
- [170] Md : Non?
- [171] Pt : On est quand même assez heureux.
- [172] Md : Quand vous dites, « je réussis à m'évader », vous réussissez à avoir du plaisir à faire certaines activités?
- [173] Pt : Oui, c'est ça. Je m'en vais m'occuper, me changer les idées, pêcher dehors.
- [174] Md : Avez-vous remarqué que dans les périodes où c'est plus relax un peu, si vous avez moins de symptômes par rapport aux douleurs abdominales? Ou pas vraiment.
- [175] Pt : Ah non. Non. Parce que, regardez, j'ai tombé sur l'assurance-chômage au mois de juin, mais entre-temps je suis allé travailler trois semaines, un mois à une autre place. Eux vont me réengager au printemps. Mais je travaillais et des fois je n'étais plus capable de m'endurer. Ça me pognait et...
- [176] Md : Il y avait des douleurs.

- [177] Pt : Oui, oui.
- [178] Md : Mais là je parle pas nécessairement de quand vous travaillez, mais quand il y a des moments où c'est plus calme, comme vous dites.
- [179] Pt : Non. Je m'en vais à la pêche, je fais des activités et ça me pogne.
- [180] Md : Vous avez ça n'importe quand.
- [181] Pt : N'importe quand, c'est ça.
- [182] Md : Ça a pas rapport avec ces choses-là. Bien, écoutez, on va regarder ça. Je vais demander un rayon-X des intestins et une échographie de l'abdomen pour voir s'il y aurait pas des pierres au foie. Ça m'étonnerait dans le sens que c'est pas vraiment des symptômes qu'on voit, en tout cas répétitifs comme ça. On va regarder pour voir s'il y a quelque chose au niveau de votre gros intestin qui pourrait expliquer ces douleurs-là qui viennent et qui partent. À prime abord il y a rien de spécial qui me flashe dans le sens que je pense pas à une maladie en particulier. C'est pour ça que je vous demandais si ça pouvait avoir un rapport avec le stress, parce que des gens qui vont avoir un intestin un petit peu hyperactif, en période plus stressante l'intestin va contracter plus. Les douleurs sont vraiment réelles, l'intestin contracte, mais c'est pas qu'il y a une maladie nécessairement en arrière de ça. C'est juste qu'ils ont un colon irritable.
- [183] Pt : Et ça peut pas déranger la normalité des selles. Je peux y aller régulièrement quand même.
- [184] Md : Oui. On peut avoir quand même des selles normales. On a tous les éventails. Il y en a qui ont de la diarrhée, de la constipation, il y en a qui ont des selles normales et c'est plus des douleurs dans le ventre. Ça, ça dépend un petit peu des individus. Mais à prime abord, avant de parler de ça, il faut quand même s'assurer qu'on ait des examens adéquats. Vous avez quand même déjà eu une gastroscopie qui était normale.
- [185] Pt : Oui.
- [186] Md : Alors on va y aller avec une échographie de l'abdomen et un rayon-X des intestins, et à ce moment-là on va avoir une bonne idée par rapport à ça.
- [187] Pt : Et je vais avoir la conscience tranquille, parce que quand tu files comme ça...
- [188] Md : C'est ça. Je vais vous envoyer à l'hôpital Saint-Eustache pour votre échographie de l'abdomen, vu que vous avez déjà le reste de votre dossier là.
- [189] Pt : Quand je vomis, souvent c'est beaucoup de bile.
- [190] Md : Et c'est surtout le matin, ça, hein?
- [191] Pt : Oui.
- [192] Md : Et quand vous prenez du Malox, ça change rien sur ces douleurs-là.
- [193] Pt : Non. Je n'en prends plus, là, parce que j'ai vu que ça donnait absolument rien.
- [194] Md : Ça donne rien.
- [195] Pt : Floratol Plus pour les douleurs biliaires, et ça change pas grand-chose non plus. Alors j'ai tout arrêté ça. Il y a toutes sortes de choses qui sont sur la tablette de la pharmacie un moment donné.
- [196] Md : Est-ce que vous avez une alimentation assez variée?
- [197] Pt : Oui, oui. J'aime bien faire la bouffe.
- [198] Md : Mangez-vous pas mal de fruits et de légumes?
- [199] Pt : Les fruits, c'est plus des clémentines à ce temps-ci. Je suis pas un gros mangeur de pommes. Je vais manger des raisins. J'en mange un peu, oui. Des légumes aussi.
- [200] Md : Est-ce que vous mangez pas mal de fibres?
- [201] Pt : Oui. Des Mini Wheats.
- [202] Md : Parce que des fois ça peut avoir un rapport dans le sens que des fois les douleurs, chez les gens qui ont un colon spasmodique, peuvent être quand même améliorées ou modifiées par le fait qu'on augmente les fibres dans l'alimentation, ou des choses comme ça. En tout cas, essayez de faire un effort pour augmenter votre quantité de fibres pour voir si ça changerait quelque

chose par rapport aux symptômes. C'est certain que les céréales à grain entier en ont beaucoup. Il y a le son entre autres qui en a beaucoup. On peut ajouter ça aux muffins, on peut ajouter ça même dans la viande, comme du pâté chinois ou de la sauce à spaghetti, ça paraît pas tellement. Il y a toute la fibre aussi au niveau des fruits et des légumes crus. Ceux qui sont cuits perdent beaucoup de fibres, le moins qu'ils sont en petits morceaux. Alors essayez d'augmenter l'apport de fibres. L'avoine aussi est une bonne source de fibres. Le popcorn est une source de fibre. C'est une chose qui est plus facile à aller chercher.

[203] Pt : Et ça pourrait peut-être aider?

[204] Md : Oui, ça pourrait peut-être aider à soulager vos douleurs.

[205] Pt : O.K.

[206] Md : Ça, c'est une méthode qui coûte pas cher à essayer et en même temps on va voir si ça peut vous aider. Alors ça, c'est pour le rayon-X de l'intestin. C'est à la clinique Sainte-Thérèse, pas loin d'ici. Vous allez prendre rendez-vous pour un lavement baryté. Je sais pas si vous en avez déjà passé?

[207] Pt : Quand je suis rentré à l'hôpital Saint-Eustache, il y a une madame à côté qui en passait un et ça a l'air douloureux.

[208] Md : Bien, ça dépend. Des fois il y en a qui sont surpris quand ils savent pas trop à quoi s'attendre. Ils mettent par le rectum du liquide.

[209] Pt : Tu le gardes 10 minutes.

[210] Md : Oui, c'est ça. Alors des fois c'est un peu plus inconfortable. Mais d'habitude il y a pas vraiment de problème pour les jeunes. C'est surtout les personnes âgées des fois qui ont de la misère à se retenir. Et ça, c'est pour l'échographie. Vous allez appeler à l'hôpital Saint-Eustache, vous allez demander la radiologie pour prendre un rendez-vous pour une échographie de l'abdomen. Et ils vont m'envoyer tous ces résultats-là. Je vais communiquer avec vous pour les résultats. Et pour le rendez-vous avec la dermatologue, vous allez voir la secrétaire de l'autre bord et vous demandez un rendez-vous avec la dermatologue pour qu'elle regarde ça.

[211] Pt : C'est bien beau.

[212] Md : C'est beau?

[213] Pt : Et vous, vous allez avoir les résultats?

[214] Md : Oui, je vais avoir les résultats. Je vais communiquer avec vous et on va voir ce qui en est.

[215] Pt : C'est très bien, docteur. Merci bien.

[216] Md : O.K., bonjour.

[217] Pt : Bonjour.

ENTREVUE 374

[1] Md : Ah...! Toi, tu m'as dit hier – attends une minute là, que je me souviene là... Il y avait quoi donc?...—tu avais tes sinus.
(BEBE PLEURE)

[2] Pt : Mais là, ça ne va pas(mots inaudibles),

[3] Md : Rire

[4] Pt : mots intelligibles

[5] Pt (*S'adressant à son fils*) : Non, non. Sébastien. Il n'y a pas de problème.

[6] Md : Y avais-tu autre chose qui était restée? De toute façon, il y avait.. ?

[7] Pt : Oh, non

[8] Md : une certaine... pression?

[9] Pt : Regarde, j'ai été à la pharmacie ...euh...vendredi passé

[10] Md : Ouais.

[11] Pt : vous savez, il y a une machine maintenant chez Jean-Coutu à Laval

[12] Md : OK

[13] Pt : sur le *Boulevard*....(inaudible) la machine qui prend la pression. Puis... sauf que la machine marchait pas réellement. Je l'ai fait à peu euh...près trois, quatre fois avant qu'elle puisse déchiffrer quelque chose là

[14] Md : Ouais

[15] Pt : puis ...euh... finalement c'est ça, la pression était comme borderline. C'était 89 sur la machine et c'est 89 et c'est moins s'il y a pas de pression. C'était juste borderline.

[16] Md : Oui.

[17] Pt : Mais là c'est parce que, depuis mercredi j'ai de la pression sur les yeux et au-dessus de la tête. Je me lève le matin... et là ça fait wouh ! tout le temps, tout le temps, depuis mercredi. J'ai pris de l'Advil à

[18] Md : Ça t'aidait, ça?

[19] Pt : Oui, ça m'aide. Là, les premières journées, ça m'aidait pas.

[20] Md : Tu avais pris euh... des Tylenol?

[21] Pt : Oui . Les Tylenol agissaient pas pantoute, pantoute.

[22] Md : Mais tu as pas fait de fièvre? le nez coule pas?

[23] Pt : Non. Sauf que hier j'ai commencé la cortisone, mais ce n'est pas....

[24] Md : la cortisone?

[25] Pt : Oui. (mots inaudibles)

[26] Md : Et as-tu l'impression que tu as attrapé un rhume avec ça? Ou euh

[27] Pt : Je le sais pas. Je le sais pas parce que j'ai rien. J'ai comme l'impression,

comme, là, au-dessus des yeux. J'ai mal à la tête en ce temps là (2-3 MOTS INAUDIBLES) et ça fait drôle.

[28] Md : Du côté de ton asthme, ça va comment?

[29] Pt : Ça a été difficile parce que j'ai pogné des grippes, des grippes qui pognent vraiment dans la gorge.

[30] Md : Ah oui?

[31] Pt : oui.

[32] Md : euh comment?

[33] Pt : J'ai joué au hockey et je me suis fait un genre d'entorse lombaire.

[34] Md : O.K.

[35] Pt : Mais j'ai pas été à l'hôpital, j'ai rien fait, là. C'est un coup de patin que j'ai donné et ça a monté de la jambe jusque dans le bas du dos.

[36] Md : O.K.

[37] Pt : Mais c'était à la fin du match, il restait à peu près cinq minutes. Alors j'ai été barré samedi, mais j'ai travaillé ma journée quand même. Mais j'ai pris à peu près quatre bains dans la journée.

[38] Md : O.K.

[39] Pt : Mais j'ai pris ce soir-là... j'ai pris des pilules... euh... pour l'inflammation là, mais sans prescription, là.

[40] Md : Des anti-inflammatoires?

[41] Pt : Oui. Bien, c'est ce qu'on peut acheter à la pharmacie. C'est... Nomme-moi quelque chose et je vais te dire que c'est ça.

[42] Md : Euh... Les seuls que je connais euh ... les seuls que je connais, c'est les Advil, les Motrin. Les autres, je sais pas comment ça s'appelle.

[43] Pt : Ça finit par « prophen ».

[44] Md : Oui. « prophen », en tout cas Ibuprophen ou...

[45] Pt : C'est un nom ça de long. Mais je me sentais anxieux avec ça. Quand je

prends des Contact C, des affaires comme ça, c'est comme ça que je me sens anxieux, alors je prends pas ces affaires-là.

[46] Md : O.K. Bon! Fais que.. on va regarder ça. OK. Bon. Comment on va faire? Peux-tu le mettre à terre?

[47] Pt : Je sais pas comment le papa va faire avec le bébé.

[48] Md : Juste le mettre sur la terre peut-être?

[49] Pt : Ah non, j'ai essayé tantôt.

[50] Md : Mets-le dans la salle d'attente.

[51] Pt : Oui.

[52] Md : Qu'est-ce que tu as, mon petit Coucou? (BÉBÉ PLEURE) Rire.

Intermède
PLEURS DU BÉBÉ.

[53] Pt : Il y a pas de problème, mon homme.

[54] Md : 130 sur 80.

[55] Pt : C'est beau, ça.

[56] Md : Ça fait mal quand je fais ça?

[57] Pt : C'est beau.

[58] Md : C'est pas trop sensible, ça?

[59] Pt : Non.

[60] Md : Ici? C'est beau, ça.

(SILENCE)

[61] Md : Souffle. (PATIENT SOUFFLE) C'est pas pire!

[62] Pt : Non.

[63] Md : Rire.

[64] Pt : À la pharmacie, la fille a dit, « tu es sûr que tu fais de l'asthme? » J'ai dit, « bien oui ».

[65] Md : C'est très beau. D'habitude on fait nos zones vertes, zones rouges en bas de 320. Ici c'est entre 460 à 540. Mais toi tu es ici, tu es à 680 à peu près.

[66] Pt : Rire

[67] Md : Fais que... Hum... Il y a pas trop de problème là!

[68] Pt : Merci.

[69] Pt : Les poumons en tant que tels, parce que ça, ça correspond avec les poumons...

[70] Md : Oui.

[71] Pt : ...mais si le passage est comme rapetissé et c'est par crise des fois, c'est sûr que je sais que je me suis pas entraîné beaucoup... Quand j'étais pas mal plus jeune je faisais beaucoup de cross-country.

[72] Md : Oui.

[73] Pt : Aujourd'hui, c'est sûr que je suis pas mal plus gros. Mais c'est sûr ici qu'est le problème. Là il faut dire que ces temps-ci, j'ai beaucoup de clients qui ont des chats et des chiens. Ça tire de temps en temps. Je donne un coup de Ventolin. Regarde, ce matin, j'ai pris un coup de Ventolin.

[74] Md : Mais en tout cas, là c'est très beau. Je pense que tu peux continuer juste avec le Ventolin au besoin pour l'instant.

[75] Pt : C'est ça. J'ai le Beclodisk. Il ne m'en reste plus beaucoup. Je sais que je l'ai pas fait comme tu me l'as dit, mais je m'en sers juste le vendredi soir avant mon match. Je m'en sers la journée du vendredi. Parce que si je prends juste du Ventolin, ça tire. Je sais pas s'il y aurait d'autre chose à prendre que ça. Vraiment, il ne m'en reste plus.

[76] Md : Ça, ça peut pas être pris...

[77] Pt : C'est un traitement, ça, hein?

[78] Md : C'est ça, c'est un traitement préventif. Ça peut pas être pris juste au besoin. La seule autre affaire qu'on pourrait essayer dans ton cas avant un match de hockey, ça serait l'Intal. Je sais pas si tu l'as déjà essayé, l'Intal?

[79] Pt : Est-ce que c'est le Flovent, ça?

[80] Md : Oui, c'est comme le Flovent.

[81] Pt : Mais est-ce qu'il est plus fort? Parce que le Flovent, ça réagissait pas avec moi. Ça faisait rien.

[82] Md : Ça faisait rien? Non, c'est pas plus fort.

[83] Pt : Je sais pas si c'est psychologique, mon affaire, mais une fois j'avais oublié mon Beclodisk. Je me donne deux coups avant le match, peut-être une heure avant le match. J'avais oublié de le prendre et j'ai embarqué sur la glace juste avec mon Ventolin.

[84] Md : En tout cas, j'ai pas d'objection à ce que tu le prennes comme ça, parce que si le Flovent t'a pas aidé, l'Intal t'aidera pas plus. Alors si tu trouves que ça fonctionne bien, on peut te redonner ça sans problème à ce moment-là.

[85] Pt : Le Beclovent et le Beclodisk, est-ce que c'est la même chose?

[86] Md : Le Beclodisk est habituellement quatre fois plus puissant que le Beclovent.

[87] Pt : Ah, c'est pour ça. O.K.

[88] Md : En tout cas je pense pas que tu aies de sinusite. En tout cas, ça me fait pas penser à ça. Tu as aucune douleur à la percussion des sinus, tu as pas vraiment le nez qui coule.

[89] Pt : Tu sais, je vais tousser par allergie. Comme en fin de semaine, comme lundi. Et ça fait mal, ça fait mal au bout. Je dis à ma conjointe, « une chance que je tousse pas trop souvent parce que ça fait mal pas à peu près ». Mais ce matin en me levant j'étais étourdi un petit peu.

[90] Md : J'ai l'impression, je pense que c'est plus le stress. C'est exactement le site pour les maux de tête de tension. Les gens vont dire, « ça me fait mal là » et ça fait comme un bandeau périorbitaire. Je penserais que c'est plus ça. Surtout que le Advil t'a soulagé un peu. Si c'était les sinus, ça aurait pas aidé tes sinus, normalement.

[91] Pt : Bien, c'est le stress mais c'est le fait de... Le matin, quand tu te lèves, c'est normal que tu aies un petit peu mal parce que tu dors. Mais je dors bien. Je dors super bien.

[92] Md : Tu te réveilles avec un mal de tête. Comme je te dis, là je vais surtout vérifier ta pression, mais ça, c'est bien correct. Alors ça marche. Je vais aller chercher une prescription de l'autre bord. Attends une minute. C'est du 200 ou du 100 que tu prends déjà?

[93] Pt : Ah, je sais pas.

[94] Md : C'est quelle couleur? Brun café au lait, ou brun chocolat, la chose en dedans?

Bébé pleure.

[95] Pt : C'est 200. Tout est quatre fois plus fort.

[97] Md : Oui.

[98] Pt : Est-ce que c'est correct que je le prenne comme ça, ou si c'est vraiment pas bon, je vais créer une habitude?

[99] Md : Tu créeras pas une habitude. Écoute, je suis surpris que ça marche, mais si ça marche...

[100] Pt : Je te dis que ça marche!

[101] Md : Si ça marche, je vais te le laisser, c'est certain, parce que je veux pas te prescrire quelque chose qui marche pas. En crise d'asthme, ça aide pas. Mais là tu le prends avant.

[102] Pt : Ah non, en crise d'asthme, ça aide pas pantoute.

[103] Md : Alors avant le match, tu peux le prendre.

[104] Pt : Bien, je l'ai pas pris les deux, trois dernières semaines parce que je savais qu'il ne m'en restait presque plus. J'en prenais juste deux à peu près une heure avant le game et j'étais correct. Habituellement je vais le commencer à partir du jeudi soir et le vendredi matin et le vendredi...

[105] Md : Une boîte c'est 15 disques. Tu en veux combien de disques? Cinq disques, disons?

[106] Pt : Bien, je vais bien me pogner une boîte.

[107] Md : Alors 120 disques. Là j'ai écrit deux inhalations trois fois par jour parce que la fille comprendra pas ça, « au besoin » et elle va m'appeler. Alors prends-le comme tu fais là.

ENTREVUE 551

[1] Md : Qu'est-ce que je peux faire pour vous?

[2] Pt : J'ai commencé une grippe, ou je sais pas quoi. J'ai commencé par avoir mal à la gorge la semaine passée.

[3] Md : Oui.

[4] Pt : J'ai pas fait de fièvre, ou si peu, puis j'ai commencé à tousser après. C'est surtout la nuit, mais dans la journée ça va arriver, c'est comme des chaleurs et ça vient que ça pique ici. C'est tout sec, là. Il me restait du Ventolin chez nous, mais je pense qu'il était passé date un petit peu. J'ai pris ça. Et j'avais aussi du sirop, Chloritidin, contre la toux. J'ai pris ça pendant deux jours, mais pas à heures régulières, peut-être deux, trois fois du Ventolin, et le sirop à peu près la même chose, deux, trois fois depuis lundi. Ce matin j'ai toussé et j'ai craché du sang et j'ai mouché du sang. Je sais pas si c'est le médicament qui pourrait...

[5] Md : C'était du crachat dans lequel il y avait des filets de sang?

[6] Pt : Pas des filets. J'ai craché un bon...

[7] Md : Un caillot rouge?

[8] Pt : Oui. Et j'ai mouché un moment donné du sang.

[9] Md : Combien de fois vous avez craché du sang?

[10] Pt : Deux fois.

[11] Md : Mais une petite quantité.

[12] Pt : Bien... la quantité d'un crachat.

[13] Md : Un crachat. C'est pas la moitié d'un verre de Styrofoam, là.

[14] Pt : Non, non, non. J'ai passé des examens dernièrement. Une radiographie du colon. Je sais pas s'ils prennent une radiographie du poumon quand ils prennent ça, à la fin, là?

[15] Md : Automatiquement.

[16] Pt : En tout cas. J'avais des douleurs abdominales un moment donné. Ça se trouve à être ici. Je les ai encore. J'ai comme une petite crampe tout le temps qui m'achale. Le médecin m'a fait passer à un gastro-entérologue qui est ici.

[17] Md : Dr O.?

[18] Pt : O.. Là j'attends pour passer avec la caméra dans le rectum parce que j'avais aussi des douleurs au rectum. Ça venait par moments. Ça faisait comme pousser, pareil comme si j'avais envie, mais...

[19] Md : Vous êtes dans le gros tune-up, là.

[20] Pt : Oui.

[21] Md : Enlevez la chemise aussi. Assoyez-vous, j'arrive.

(MÉDECIN SORT ET REVIENT)

[22] Pt: Je me sens pas plus fatigué que d'habitude, je suis capable de faire mes affaires.

[23] Md : Respirez fort par la bouche. Là l'examen est normal. Je vais vous faire la (1 MOT INAUDIBLE) du poumon et on va voir. La première cause de crachat de sang, c'est la bronchite. C'est la cause la plus, plus, plus fréquente. Bien sûr qu'il faut vérifier, il faut être prudent, mais... Fumez-vous?

[24] Pt : Oui.

[25] Md : Combien par jour?

[26] Pt : Un bon paquet.

[27] Md : Parfait. En tout cas, le plus probable c'est que vous avez une bronchite. Et le traitement en sortant d'ici, ça va être certainement le traitement pour la bronchite. Mais il va y avoir lieu de faire une vérification pour s'assurer qu'on trouve rien. Il faut pas se le cacher, un cancer aussi ça peut faire saigner. Mais c'est certainement pas le plus probable dans le contexte, surtout que...

[28] Pt : Comme je vous dis, depuis que je suis venu voir le Dr Lefebvre, il a décidé de me faire passer un rayon-X du colon et la caméra, disons que j'ai toujours dans la tête que ça peut être cette affaire-là. Et là, en voyant du sang aujourd'hui, bien, c'était rien pour me...

[29] Md : Pour vous rassurer.

[30] Pt : Pour me rassurer.

[31] Md : D'un autre côté il est bien possible et même probable qu'il y ait aucun rapport entre les deux. Le crachat de sang, vous l'auriez eu de toute façon à cause de votre bronchite. Écoutez, vous avez eu mal à la gorge, vous toussiez depuis quelques jours. Vous avez un contexte.

[32] Pt : Hm, hm.

[33] Md : Si vous étiez en pleine forme, aucun symptôme de grippe ou de rien et que tout d'un coup vous vous mettiez à cracher du sang, bien là c'est plus achalant. Mais là c'est compatible avec une bronchite, ce qui se passe.

[34] Pt : C'est ce que je me disais aussi, là.

[35] Md : Et veut, veut pas, à cause des tests que vous passez là, vous êtes plus inquiet, donc vous vous êtes inquiété de ça. C'est un hasard et ça en n'est pas un. Mais physiquement c'est peut-être pas relié du tout, tout ça. Mais on prendra pas de chance. On va vérifier. Ça, c'est sûr. Vous pouvez remettre votre chemise. Vous allez ici en bas, passer la (1 MOT INAUDIBLE) des poumons.

[36] Pt : Oui.

[37] Md : En remontant, vous le donnez à la secrétaire. Je vous rappelle.

[38] Pt : Vous me rappelez ici?

[39] Md : Dans la salle d'attente.

[40] Pt : O.K.

[41] Md : Et on regarde ça. Ça va?

[42] Pt : C'est beau. Merci beaucoup.

[43] Md : De rien.

ENTREVUE 633

[1] Md : Bonjour.

[2] Pt : Bonjour.

[3] Md : Qu'est-ce qui vous amène?

[4] Pt : Moi, euh...c'est ...c'est la pharmacienne qui... euh j'avais besoin d'une pompe , puis euh...la pharmacienne, elle ne veut ... euh... elle voulait que je prenne rendez-vous.

[5] Md : Parce que ça fait quand même longtemps que vous êtes.. que vous utilisez une pompe?

[6] Pt : Oui.

[7] Md : Oui. (Rire). OK

[8] Pt :Oui

[9] Md : Ça fait quand même depuis 1993. La pompe, c'est quoi? C'est votre Pulmicort ou votre Ventolin?

[10] Pt : C'est un substitut de Ventolin.

[11] Md : Oui. O.K., un Prosalmol ou une affaire de ce genre-là, hein?

[12] Pt : Oui. Et puis ..c'est quoi là?.

[13] Md :Oui. Je vais vous le dire. Je vais vous renouveler exactement la même chose.

[14] Pt : Pouvez-vous me le renouveler pour un an?

[15] Md : Oui. Moi je fais toujours ..

[16] Pt : Ouais.

[17] Md : Quand c'est un médicament que vous utilisez de façon régulière, que vous utilisez de façon habituelle, que vous connaissez bien, je le renouvelle toujours pour un an. Novo-Salmol. C'est du Ventolin, ça. Euh... Une question. Quand on s'était vu en 93, c'est moi qui vous avais vue et vous m'aviez dit que à ce moment-là vous traîniez une grippe. Vous m'aviez dit...

[18] Pt : Là , on parle d'aujourd'hui!

[19] Md : Vous m'aviez dit, « je dois prendre mon Ventolin au moins deux fois par jour depuis ». Euh... Je sais pas si vous vous en rappelez, probablement pas, mais je vous avais expliqué à ce moment-là que si on doit prendre du Ventolin plus de deux fois par jour, plus de deux jours de suite, pour une grippe ou d'autres raisons, c'est que le Ventolin seul ne suffit pas comme traitement dans ce temps-là.

[20] Pt : Hum, hum

[21] Md : Oui. Je sais pas si vous vous rappelez de ça, mais j'avais marqué d'ajouter du Pulmicort à ce moment-là. C'est une pompe que je vous avais donnée. Elle était brune dans ce temps-là.

[22] Pt : Oui.

[23] Md : Je sais pas si vous l'aviez faite prescrire, mais c'est ce qu'il faut faire.

[24] Pt : Oui, oui.

[25] Md : Là, si on prend ça en recul parce que ça fait 11 novembre 93 jusqu'à maintenant, ça fait deux ans et demi, est-ce que vous avez eu à ... est-ce que vous avez eu à utiliser votre Ventolin seulement au besoin? ou vous l'utilisez régulièrement?

[26] Pt : Euh... non, au besoin.

[27] Md : Ouais. Et c'est quand, les circonstances qui justifient les besoins?

[28] Pt : Peut-être... je sais pas parce que... Je pense bien que ça doit être, comme, là si je fais une grippe là.

[29] Md : OK. Si vous êtes grippée, vous en prenez plus.

[30] Pt : Oui.

[31] Md : Quand vous faites du sport,

[32] Pt : Euh...

[33] Md : au froid ou au vent, des choses comme ça, à l'humidité?

[34] Pt : Ouais. S'il fait très froid là.

[35] Md : Le temps froid. OK. Là, vous le prenez au besoin.

[36] Pt : Oui. Puis euh.. j'étais allée, euh... une fois j'étais allé vous rencontrer à

Saint-Jean-Baptiste.

[37] Md : Hum.

[38] Pt : Mais vous étiez pas là mais, ben écoutez , je veux dire, j'avais supplié le pharmacien, il m'en avait donné

[39] Md : Il vous en avait donné quand même.

[40] Pt : Oui.

[41] Md :OK.

[42] Pt : (Mots inintelligibles) C'était en 94, je pense. Et puis, par la suite je suis allée euh.. voir une femme, je ne sais pas son nom de famille, bon ben...là tu sais

[43] Md : Hum

[44] Pt : un médecin à Saint-Amable. (intelligible) là

[45] Md : Oui

[46] Pt : Puis euh ... il m'en avait prescrit une fois.

[47] Md : Oui. OK

[48] Pt : Mais euh....là...la dernière fois que je suis venue ici à la pharmacie, je pense, la pharmacienne, que j'ai vu la dernière fois, là elle m'a dit de venir vous voir.

[49] Md : Oui, parce qu'elle a des problèmes avec le gouvernement si elle renouvelle des prescriptions qui sont plus vieilles que un an,

[50] Pt : Ouais.

[51] Md : C'est elle qui ramasse les amendes.

[52] Pt : Ah oui?

[53] Md : Bien oui. C'est pour ça qu'ils sont plus sévères.

[54] Pt : Parce que je... tu sais euh... la fille exigeait que j'aie un rendez-vous

[55] Md : Oui.

[56] Pt : ou que vous appeliez.

[57] Md : Alors là la prescription est faite pour un an. Mais on va compléter quelques petites choses. (mots inaudibles)

[58] Pt : Oui.

[59] Md : Euh...Est-ce que vous fumez?

[60] Pt : Euh.. pas beaucoup.

[61] Md : Non, oui alors

[62] Pt : Oui

[63] Md : C'est oui ou non.

[64] Pt : Bien, là je ne veux plus fumer.

[65] Md : Le nombre, c'est quoi? Le nombre, c'est quoi?

[66] Pt : Bien, pas cette semaine là. Mais...

[67] Md : (mots inaudibles). Je connais l'histoire.

[68] Pt : C'est deux, trois cigarettes par jour.

[69] Md : OK. Trois cigarettes par jour?

[70] Pt : Hum.

[71] Md : Là...en 93 vous en fumiez combien? Vous rappelez-vous?

[72] Pt : Pas ben plus que ça.

[73] Md : C'est pas mal pareil, hein?

[74] Pt : Hum.

[75] Md : C'est ça qui est marqué dans le dossier.

[76] Pt : Oui. ...J'ai jamais augmenté.

[77] Md : Avez-vous des fumeurs dans votre entourage?

[78] Pt : Oui, c'est ça. C'est ça.

- [79] Md : Ah !
- [80] Pt : J'ai commencé par...Moi, j'ai un restaurant
- [81] Md : OK
- [82] Pt : puis euh... puis mon conjoint fume., ce qui fait que....
- [83] Md : Vous êtes exposée à la fumée?
- [84] Pt : Oui.
- [85] Md : OK.
- [86] Pt : Ben ... je devrais être capable d'agir par moi-même.
- [87] Md : Idéalement ce serait pas une mauvaise affaire.
- [88] Pt : Hum.
- [89] Md : Mais là actuellement quand on parle de Ventolin, on parle de grippe, quand vous êtes grippée et que vous êtes essoufflée, vous sentez-vous en détresse, ou simplement un peu inconfortable? Comment vous qualifieriez ça?
- [90] Pt : Au coucher, euh... en détresse, oui.
- [91] Md : OK
- [92] Pt : Si j'ai pas mon Ventolin, là...
- [93] Md : Êtes-vous bonne pour la nuit après?
- [94] Pt : Ordinairement oui.
- [95] Md : Oui? O.K.
- [96] Pt : Quand je suis grippée, là?
- [97] Md : Oui.
- [98] Pt : Oui.
- [99] Md : OK.

[100] Pt : Oui.

[101] Md : Quand vous êtes grippée, une inhalation de Ventolin au coucher là, ça va souvent suffire pour vous permettre une bonne nuit?

[102] Pt : Oui.

[103] Md : O.K...Bon

[104] Pt : Non ben disons...je, quand j'ai .. moi j'ai remarqué que quand c'était dû aussi au surmenage.

[105] Md : Oui. C'est...

[106] Pt : Là, le matin pour repartir, je n'arrivais pas.

[107] Md : Quand vous êtes plus fatiguée?

[108] Pt : Ouais.

[109] Md : Pas nécessairement quand vous êtes grippée. Venez de l'autre côté, on va mettre votre dossier à jour un petit peu,

[110] Pt : Ouais.

[111] Md : avec la pression, le poids, tout ça. (Intelligible)

[112] Pt : Hum, hum

[113] Md : On va mettre tout en place. Je vous demande tout ça parce que je veux être sûr que le Ventolin est suffisant.

[114] Pt : Ouais, ouais. Hum, hum.

[115] Md : Comme je vous ai dit, si jamais vous vous apercevez que deux, trois jours consécutifs, il faut plus que deux, trois inhalations de Ventolin, là vous vous en allez vers un problème de respiration plus sévère, donc il faudrait ajouter une autre pompe.

[116] Pt : Hum

[117] Md : Dans ce temps-là vous pouvez me téléphoner et j'appelle directement chez Charles Paradis à Saint-Jean-Baptiste.

[118] Pt : Ah ouais?

[119] Md : Oui. Là vous êtes habillée, ça fait 66.6, ça veut dire 65 ...143 livres

- [120] Pt : J'aurais pu enlever mes souliers.
- [121] Md : Ah, ben j'ai soustrait.
- [122] Pt : Ah, Ouais?
- [123] Md : J'ai soustrait pour les vêtements.
- [124] Pt : (Mots inintelligibles).
- [125] Md : Vous étiez à 147 en 93. Donc c'est assez stable.
- [126] Pt : Hum, hum.
- [127] Md : C'est sûr...
- [128] Pt : Moi, j'habite pas Saint-Jean-Baptiste, j'habite Saint-Marc-sur-Richelieu, mais quand je suis en mauvaise situation, je vous cherche.
- [129] Md : Ah, oui. (Rire) c'est correct! Vous... Mais là ça fait deux jeudi.
- [130] Pt : Oui, mais vous venez juste de partir.
- [131] Md : Oui.
- [132] Pt : Je pense. En tout cas...
- [133] Md : Oui. (Silence) *Je suis à Beloeil maintenant, je ne prends plus ma voiture pour aller à Saint- Jean-Baptiste. Je suis ici tous les jours.*
- [134] Pt : Ah oui?
- [135] Md : Oui.
- [136] Pt : C'est juste que.. non (mots inintelligibles) C'est long la marche
Silence.
- [137] Md : Pression. Vous rappelez-vous, on avait parlé de la pression aussi?
- [138] Pt : Oui.
- [139] Md : Vous vous étiez pas occupée de ça non plus, hein?
- [140] Pt : Non, pas tellement.
- [141] Md : Oui, parce que là je regarde et il va falloir qu'on vérifie ça un petit peu parce qu'elle est pas parfaite.
- [142] Pt : Hein, hein. Non?
- [143] Md : Non. Vous avez une pression qui se maintient à peu près aux alentours de 155 sur 100. Correct? 155 sur 100, la normale idéale c'est 140 sur 90 et moins..., Ça, ça veut dire que vous avez un petit peu d'hypertension et cette hypertension-là était déjà là il y a trois ans.
- [144] Pt : Hum, hum.
- [145] Md : Je dis pas qu'il ne faut pas s'en occuper parce que l'hypertension ça donne pas... généralement pas de symptômes. Vous pourriez bien vous sentir pareil. Et... Je vais prendre votre pouls.(Silence) Il est à 106. C'est très beau. Je veux dire...À ce moment-là en terme de prévention, ça serait peut-être sage qu'on vérifie cette pression-là,
- [146] Pt : Hum.
- [147] Md : Correct? Pas dans trois ans. S'il y a moyen (mots inaudibles)
- [148] Pt : Ouais.
- [149] Md : Je pourrais vous donner un rendez-vous avant que vous partiez tantôt. Vous n'avez pas besoin d'attendre le rendez-

vous. On va vous le donner tout de suite.

[150] Pt : Hum, Hum.

[151] Md : Et on pourra jeter un coup d'œil. Mettons..., comme je vous ai dit, jeudi de la semaine prochaine.

[152] Pt : hum... Ça...

[153] Md : Hum?

[154] Pt : Moi, euh... J'ai eu des petits problèmes de ... de santé gynécologique là

[155] Md : Hum, hum.

[156] Pt : Je connais ça... J'ai eu des cellules précancéreuses.

[157] Md : Oui, au niveau du col.

[158] Pt : Ouais.

[159] Md : La cytologie, ils vous ont trouvé de la dysplasie, de l'atypie et des affaires dans ce genre-là. Vous avez été obligée d'aller voir un spécialiste, d'avoir une colposcopie, du laser et tout ça, là?

[160] Pt : Euh... Un traitement à l'azote liquide, je pense?

[161] Md : L'azote c'est l'équivalent du laser

[162] Pt : Ouais.

[163] Md : pour brûler les cellules précancéreuses du col.

[164] Pt : Et puis après, comme euh... l'hiver, cet hiver là

[165] Md : Hum, hum

[166] Pt : en tout cas, je me sentais vraiment pas euh... euh... bien là.

[167] Md : Hum, hum.

[168] Pt : Et puis euh... Moi, je dois attribuer ça à la ménopause là.

[169] Md : Quel âge vous avez?

[170] Pt : 48.

[171] Md : C'est un peu de bonne heure.

[172] Pt : Oui, oui. Mais...

[173] Md : C'était ça!

[174] Pt : Oui, c'était ça.

[175] Md : oui, c'est ça, oui.

[176] Pt : Il me disait que je faisais 148...

[177] Md : Ah! CHLH. O.K. Ça, c'est votre gynéco?

[178] Pt : Oui.

[179] Md : C'est qui? Qui est votre gynéco?

[180] Pt : Dr Manseau.

[181] Md : Oui. C'est à Charles-Lemoyne, ça.

[182] Pt : Oui.

- [183] Md : Ils vous ont fait des prises de sang pour doser vos hormones pour la ménopause...
- [184] Pt : Oui.
- [185] Md : ...et on vous a dit que vous étiez en ménopause.
- [186] Pt : Oui.
- [187] Md : Est-ce qu'il vous a donné des hormones ensuite?
- [188] Pt : Il m'a donné des Extrase
- [189] Md : Estrace, oui. OK.
- [190] Pt : et puis Provera.
- [191] Md : Provera, OK. Que vous prenez encore?
- [192] Pt : Oui.
- [193] Md : (mots inaudibles). Ça explique pas la pression, ça.
- [194] Pt : Non? Ah non?
- [195] Md : Non, non.
- [196] Pt : Je pensais que c'était...
- [197] Md : Bien non, elle était déjà comme ça il y a trois ans. Vos hormones sont commencées depuis quelques mois, j'imagine, depuis le mois de janvier?
- [198] Pt : Oui. Depuis euh...
- [199] Md : Oui? Décembre?
- [200] Pt : Oui.
- [201] Md : Respirez profond. Encore. Par la bouche, plus profond. (mots inaudibles)
- [202] Pt : Ouais.
- [203] Md : Ça, c'est beau. Le gynécologue vous a pas parlé de votre pression? Est-ce qu'il y a quelqu'un qui a pris votre pression en quelque part là-dedans?
- [204] Pt : Je pense pas.
- [205] Md : Même pas!
- [206] Pt : mots inaudibles.
- [207] Md : Ils vous ont fait des prises de sang, ils vous ont fait des examens comme ça, et puis je veux dire il y a pas personne qui a pris votre pression. Vous ne vous souvenez pas.
- [208] Pt : Ou elle était bonne, sais pas.
- [209] Md : Elle était bonne. (Rire). Je peux pas vous dire! Ça me surprendrait qu'elle ait été bonne parce que si à deux ans et demi d'intervalle elle est à 150 sur 100 les deux fois, ça veut dire qu'elle devait l'être aussi dans ce temps-là.
- [210] Pt : Ah Oui.
- [211] Md : C'est quelqu'un qui a peut-être fait comme un bon spécialiste, il s'est occupé juste de son petit coin, puis...
- [212] Pt : Ah, ouais.
- [213] Md : que le diable emporte le reste.

[214] Pt : Et puis, moi je suis tannée d'aller là. Euh...c'est-à-dire il doit y avoir des places plus près? Pour.. Il faut que j'y aille tous les quatre mois.

[215] Md : Pour votre cytologie?

[216] Pt : Pour une colpo, oui.

[217] Md : Une colposcopie, c'est soit là ou à Pierre-Boucher. C'est pas mal la même distance.

[218] Pt : Ah!

[219] Md : Votre dossier est déjà fait.

[220] Pt : Hum, hum.

[221] Md : Aller jusqu'à St-Hyacinthe, ce n'est pas un retour gagnant. (mots inaudibles) C'est pas mal à égale distance.

[222] Pt : Hum, hum.

[223] Md : Mais là, les colpo, il vous fait ça aux quatre mois pendant combien de temps?

[224] Pt : Sais pas.

[226] Md : Vous devriez. Parce que normalement quand ils font une colposcopie, quand vous avez été traitée avec l'azote ou le laser, normalement ils font une colposcopie quatre mois après, après ça ils en font une autre six mois plus tard, puis après, si tout est beau, vous revenez à votre médecin de famille et on fait votre cytologie une fois par année.

[227] Pt : Ah oui?

[228] Md : Oui. C'est comme ça qu'on fonctionne normalement. (Mots inaudibles)

[229] Pt : Hum, hum.

[230] Md : OK. Maintenant ce qu'on va faire, euh... je vais prendre ça en note. OK? (mot inaudible)

Bruits.

[231] Pt : J'ai des sécrétions, là. Et puis euh...

[232] Md : Bien, l'asthme vous donne un peu de sécrétions.

[233] Pt : Ouais. Mais là ...

[234] Md : Si vous êtes grippée, vous allez en avoir un petit peu plus

[235] Pt : Ouais.

[236] Md : Parce que l'asthme c'est un état d'hypersensibilité des bronches. La bronche est plus sensible à des *émanations* (mot inaudible) auxquelles vous êtes allergénique. ou des fois à de l'humidité, ou à un effort, ou à de la fumée, à toutes sortes de choses. Si je mets le microbe de la grippe qui s'en va là-dedans, lui va irriter tout ça aussi.

[237] Pt: Hum.

[238] Md : Alors ça augmente encore mon irritation dans les bronches. Alors à ce moment-là je vais avoir plus de crachats, plus de mucus. C'est un peu normal. Trois

cigarettes, c'est pas la mer à boire, mais ça vient s'ajouter à ça en plus. Parce que...

[239] Pt : Ouais.

[240] Md : à ce moment-là, si vous avez des crachats mais qui sont des crachats blanchâtres, que vous ne faites pas de température, vous n'avez pas de détresse respiratoire, que vous ne vous sentez pas de plus en plus malade, ben, une grippe c'est six à sept jours. Alors on attend qu'elle passe.

[241] Pt : Hum, hum.

[242] Md :. Si ça dure plus longtemps... Là vous allez voir d'ici la fin de la semaine.

[243] Pt : Là, moi j'ai pas de sécrétions blanchâtres,

[244] Md : Hum

[245] Pt : J'ai des sécrétions verdâtres.

[246] Md : Elles sont verdâtres?

[247] Pt : Oui.

[248] Md : ...puis à chaque fois que vous crachez vous avez des sécrétions épaisses?

[249] Pt : Ouais.

[250] Md : Ça a commencé depuis quand votre grippe?

[251] Pt : Ça fait peut-être une semaine.

[252] Md : Une semaine. Et le nez, ça ne mouche pas du tout? Ça ne coule pas du tout?

[253] Pt : Oui, oui, je me mouche.

[254] Md : Clair, ou épais?

[255] Pt : Épais.

[256] Md : Épais aussi. Avez-vous mal à la tête en vous penchant?

[257] Pt : Non.

[258] Md : Sentez-vous que vous avez mal aux dents, mal aux joues, mal dans les

oreilles un petit peu?

[259] Pt : Oui, un peu. Mais là...

[260] Md : Un peu à quelle place? À quelle place? Les joues surtout?

[261] Pt : Un peu...

[262] Md : Les oreilles surtout?

[263] Pt : Oui.

[264] Md : Là vous êtes moins, vous dites.

[265] Pt : Là c'est moins pire. Donc

[266] Md : Regarde...

[267] Pt : ... j'ai mis du Polysporin, là.

[268] Md : Ouais. OK. Parce que si je vous dis : parlez-vous de vos oreilles qui sont moins pires, ou c'est la toux, les sécrétions et tout ça?

[269] Pt : Euh...l'oreille.

[270] Md : Ouais. Le reste euh... je veux dire, ça n'a pas changé?

[271] Pt : Ouais. ...Non. J'étais allée me chercher du sirop à la pharmacie.

[272] Md : Ouais, et puis?

[273] Pt : Euh ...c'est moins pire,

[274] Md : Oui.

[275] Pt : sauf que peut-être que c'est trop fort parce que j'ai pris quelque chose avec du DM.

[276] Md : le DM, c'est pour la toux.

[277] Pt : Aaaah!

[278] Md : l'idéal, c'est ...On dit sept jours. Vous sentez-vous plus fatiguée que vous l'étiez au début? Ou ça a pas empiré? Ou ça a l'air à aller en s'améliorant? Je parle de fatigue surtout, là.

- [279] Pt : Ça s'améliore pas tellement là. À part...
- [280] Md : Est-ce que ça empire? Ça empire?
- [281] Pt : Non.
- [282] Md : Regarde...si
- [283] Pt (Superposition) : Mots inaudibles.
- [284] Md. Ouais. Mais si ça n'empire pas, il y a pas de température, même s'il y a des crachats verdâtres un peu, ça veut pas dire nécessairement que vous avez besoin d'avoir des antibiotiques.
- [285] Pt : Ouais, mais
- [286] Md : L'idéal c'est bien plus d'enlever la fumée complètement, de mettre le nez dehors régulièrement, je sais pas si vous le faites dans la journée, aller marcher dehors au moins une demi-heure le matin et une demi-heure l'après-midi. Correct? Ça, ça aide à s'oxygéner.
- [287] Pt : Hum, hum.
- [288] Md : Ça va être bon pour dégager,
- [289] Pt : Ouais.
- [290] Md : ça va être bon pour le nez, ça va être bon pour les poumons. Si vous fumez pas, ça va aider votre organisme à mieux se défendre. On est mercredi; avec ce que vous me contez là, moi je me donnerais encore quelques jours de recul,
- [291] Pt : Oui.
- [292] Md : Et si ça se passe vraiment pas, au début de la semaine décrochez tout de suite là un coup de fil et là on en parlera.
- [293] Pt : Hum
- [294] Md : Et moi je te donnerai un rendez-vous.
- [295] Pt : Ouais. Le fait est que je... que ça me prend absolument ma pompe le soir?
- [296] Md : Bien, là vous êtes grippée. Si c'est...Prenez-vous votre pompe dans la journée parfois aussi?

- [297] Pt : Non.
- [298] Md : Juste une fois le soir surtout?
- [299] Pt : Hum.
- [300] Md : Et avec ça, ça fonctionne assez bien?
- [301] Pt : Oui.
- [302] Md : Vous n'avez pas besoin d'autres choses.
- [303] Pt : des fois surtout le soir.
- [304] Md : Le soir. C'est assez... Je trouve ça bon. Si vous prenez ça comme ça actuellement là et qu'avec ça là vous êtes quand même assez stable et que c'est satisfaisant pour fonctionner dans la journée, moi je prends pas plus que ça.
- [305] Pt : Ça se peut-tu comme... disons... j'ai de la misère à me lever, je me sens plus fatiguée.
- [306] Md : Hum?
- [307] Pt : Ben là vous savez, avant que je prenne des euh...les choses pour la ménopause là
- [308] Md : hum, hum.
- [309] Pt : je n'étais plus capable. Tu sais... il faut dire que je fais 80 heures semaine.
- [310] Md : C'est beaucoup, hein?
- [311] Pt : Ouais.
- [312] Md : Ça aide à avoir (mots inaudibles) à vous lever le matin, vous faites deux semaines en une!
- [313] Pt : Ouais.
- [314] Md : C'est un peu ça. Si vous êtes grippée avec ça par-dessus ... Quand vous étiez...Avant d'être traitée pour votre ménopause, ça devait être encore plus dur que ça.
- [315] Pt : Oui.
- [316] Md : Je comprends. Parce que la ménopause, ça laisse votre fatigue augmentée. Vous deviez être fatiguée! Bon...Moi, je pense que ce qu'on va faire là, ce qu'on va se revoir, puis on va faire une..., on va mettre tout ça au complet, on fait le tour comme il faut de vos antécédents personnels, ménopause, opérations, père, mère, frères, sœurs. On fait tout ça comme il faut.
- [317] Pt : Hum, hum.
- [318] Md : On fait un bon dossier complet. Là, ce que vous allez faire. Alors vous allez prendre rendez-vous pour la semaine prochaine. Euh...Aimeriez-vous mieux venir le soir ou l'après-midi ou le matin? (mots inaudibles) C'est pour le rendez-vous
- [319] Pt : Euh...l'après-midi.
- [320] Md : l'après-midi?

- [321] Pt : ou le soir là.
- [322] Md : Ouais. Pour ça. J'aimerais quasiment mieux qu'on se voit l'après-midi
- [323] Pt : Ouais.
- [324] Md : si ça va pour vous. À ce moment là demandez-lui ça pour jeudi le 16 la semaine prochaine.
- [325] Pt : Jeudi, je peux pas. Soit...
- [326] Md : Mardi après-midi.
- [327] Pt : Mercredi?
- [328] Md : Mercredi après-midi?
- [329] Pt : Oui.
- [330] Md : Vendu. OK. Dites-lui qu'elle vous donne une demi-heure mercredi après-midi de la semaine prochaine. Il suffit qu'elle vous donne une demi-heure. OK? Là on vas-tu...
- [331] Pt : Moi, c'est lundi, mercredi et vendredi.
- [332] Md : Bon. Pas de problème. On se revoit dans une semaine, mercredi le 15 là après-midi on se revoit, on vérifie la pression et tout le reste, et là je vais faire un dossier complet. Estrace, quelle force il vous a donné? (SILENCE) Vous me direz ça la semaine prochaine. Vos Provera sont de quelle couleur? Bleus?
- [333] Pt : Bleus.
- [334] Md : Bleus, c'est cinq milligrammes. Vous prenez ça du 16 ou 25 de chaque mois, du 15 au 25. C'est ça?
- [335] Pt : Oui.
- [336] Md : Et ça, c'est commencé depuis le mois de janvier?
- [337] Pt : Deux... trois... Ça fait trois mois, je pense.
- [338] Md : Oui. OK. (mots inaudibles) Alors on se revoit la semaine prochaine. OK. Une demi-heure. Dites-lui bien que je veux qu'elle vous donne une demi-heure. Correct?
- [339] Pt : Euh... Lui, Dr Manseau m'avait demandé de passer une mammographie. Est-ce que c'est bien important, ça?
- [340] Md : Bien oui! Bien oui! Normalement la mammo je la fais toujours passer avant de donner les hormones. Correct?
- [341] Pt : Ouais.
- [342] Md : La mammographie, normalement, vous avez 48 ans, on fait une mammo en même temps qu'on commence l'hormonothérapie. Ensuite on en fait une autre une fois par deux ans à partir de 50 ans en prévention parce que c'est entre 50 et 70 ans qu'on a le plus de cancers du sein. Alors c'est la période où on surveille le plus les femmes au point de vue de la mammographie. Et je vous montrerai en même temps la semaine prochaine à faire votre examen des seins, parce que ça, c'est une autre affaire qu'on vous a pas montré non plus?
- [343] Pt : Non.
- [344] Md : L'examen des seins, il faut faire ça une fois par mois, comme prévention. La semaine prochaine on va commencer à A, B, C, D et on va s'en aller jusqu'à Z comme il faut. Quand vous allez sortir, vous allez savoir ce qu'il faut faire, et ensuite une fois par année on va marcher comme ça.
- [345] Pt : C'est beau.
- [346] Md : C'est pas comme dans l'armée mais il faut que vous preniez soin de vous.
- [347] Pt : Ouais.
- [348] Md : C'est beau de travailler fort, mais il faut que vous preniez le temps de prendre soin de vous un peu de temps en temps.
- [349] Pt : Hum, hum.

- [350] Md : Une demi-heure une fois par année, c'est pas un gros luxe. Faire l'impôt c'est pire que ça et ça prend plus de temps.
- [351] Pt : Hum, hum.
- [352] Md : Correct. Et on va vérifier votre pression aussi parce que s'il y a de la pression, il faut pas laisser ça comme ça sans traiter ça parce que ça, c'est comme une bombe à retardement, ça peut nous sauter dans la face n'importe quand.
- [353] Pt : Hum. Hum.
- [354] Md : O.K.?
- [355] Pt : Est-ce que ça se peut-tu..., euh ça peut faire que je me sente plus fatiguée?
- [356] Md : Sûrement. Sûrement. Il y a pas de symptômes précis, mais souvent, quand les gens font de l'hypertension et qu'on les traite, ils disent, après qu'on a ramené les chiffres de la pression les plus près de la normale possible, ils nous disent ;« savez-vous, je pense que ma fatigue, c'était une bonne partie de ça ». Je prétends pas que ça peut tout régler, il y a d'autres choses aussi à vérifier, il faut vérifier la glande thyroïde aussi dans le cadre de la ménopause parce que des fois il y en a qui font pas juste de la ménopause, la thyroïde commence à travailler moins. C'est pour ça que les prises de sang que vous avez passées Chez Manseau là, ça vaudrait peut-être la peine qu'on en ait une copie. Alors je pense...(mots inaudibles)...en sortant là, vous allez dire à la secrétaire : «je voudrais vous signer une autorisation pour le Dr Proulx pour faire venir mon dossier du Dr Manseau. Correct? Les résultats d'exams, colposcopies, prises de sang et tout. Correct?
- [357] Pt : Hum.
- [358] Md : Je le veux pas la semaine prochaine. On l'aura un moment donné
- [359] Pt : Hum, hum
- [360] Md : et ça complètera votre dossier. Il y aura peut-être des prises de sang complémentaires à faire. Ça, je vous le dirai en temps et lieu. OK? Pour la mammo, ça je peux vous le donner tout de suite, ça va être fait.
- [361] Pt : Je l'ai, mon papier.
- [362] Md : Vous l'avez, votre papier? Bon...parfait. Avec le papier qu'ils vous ont fait, - aller à Beloeil, allez pas euh... allez pas à Charles-Lemoyne, vous pouvez aller ici à Beloeil
- [363] Pt : Oui.
- [364] Md : Ça fait un bon , oui? Votre – demandez qu'on m'en envoie une copie.
- [365] Pt :
- [366] Md : votre papier
- [367] Pt : C'est un papier. Euh... (Rire)
- [368] Md : C'est une prescription.
- [369] Pt : Mais pas d'ici mercredi prochain là?
- [370] Md : Ben , non. Sauf quand...ce n'est pas une urgence!
- [371] Pt : Puis ma fille, euh... Ma fille se fait suivre par le Dr Gauthier ici.
- [372] Md : Oui.
- [373] Pt : Je pense qu'elle est venue une fois.
- [374] Md : Oui.
- [375] Pt : Mon mari se fait suivre à Saint-Hyacinthe. Mon mari est cardiaque.
- [376] Md : Hum,hum.
- [377] Pt : Mais je lui disais qu'on pourrait euh...peut-être se regrouper un petit peu. C'est comme...Ça serait plus facile euh... d'avoir le même médecin de famille.

- [378] Md : Mais la meilleure façon, je pense, en partant, c'est d'avoir réglé votre affaire
- [379] Pt : Hum, hum.
- [380] Md : et après ça, vous n'aurez pas de misère ça va aller tout seul. O.K.?
- [381] Pt : C'est beau.
- [382] Md : La semaine prochaine on complète tout ce dossier-là, on met ça au clair et on s'aligne au point de vue pression, prises de sang et tout ça. Alors là vous allez voir ma secrétaire, vous allez lui demander un rendez-vous avec moi une demi-heure mercredi 15 mai et vous signez une autorisation pour qu'on ait votre dossier du Dr Manceau. OK?
- [383] Pt : OK.
- [384] Md : Comme ça là on va peut être faire...euh des choses plus précises.
- [385] Pt : Ce sera pas juste les urgences. Hum?
- [386] Md : Si ce n'est pas ça, la médecine pompier comme ça,
- [387] Pt : Oui.
- [388] Md : ça veut dire c'est moins fiable que quand vous avez le temps. Si vous dites «Bon, lui, mon docteur il me connaît comme il faut là jusqu'à date », après ça quand on a besoin de quelque chose, on s'en va. On sait où on s'en va. Si une fois par trois ans pompier comme ça là, mais on ne sait pas sur quoi on débouche. (mots inaudibles) Il faut le faire, mais...
- [389] Pt : Hum, hum.
- [390] Pt : Merci beaucoup.
- [391] Md : Bonjour.
- [392] Pt : Bonjour.

ENTREVUE 748

[1] Md : Ça va bien?

[2] Pt : Oui.

[3] Md : On s'était vu la dernière fois, ça fait un mois et demi, deux mois?

[4] Pt : Environ, oui.

[5] Md : À ce moment-là on avait modifié les médicaments pour la Synthroid et on avait parlé aussi de vous faire voir peut-être un spécialiste pour votre ostéoporose.

[6] Pt : Je l'ai vu le 28 mai. Je le revois en septembre parce que j'ai mon rendez-vous juste au mois d'août là-bas à Bois-de-Boulogne.

[7] Md : D'ostéodensitométrie?

[8] Pt : Oui. Et lui, à première vue, mes mains, les articulations, il pense que ça peut être, pas de l'ostéoporose, mais...

[9] Md : De l'arthrose?

[10] Pt : De l'arthrose. Mais mes doigts ont enflé, hein?

[11] Md : Hm, hm.

[12] Pt : Quand je l'ai vu, mes doigts étaient pas enflés. Celui-là seulement était enflé. Tout de suite après, deux, trois jours après, ces deux-là se sont mis à enfler. Et ils ont fait tellement mal quand ils ont enflés! ça avait pas d'allure. Et aussi j'avais de la misère à les plier. Ils faisaient très mal.

[13] Md : Donc il y aurait deux problèmes, l'ostéoporose et de l'arthrose aussi.

[14] Pt : C'est ça. L'ostéoporose, il a pas trop rien dit. Il a dit, surtout de l'arthrose. Mais aujourd'hui j'ai justement vu un programme et il y avait le Dr Boisvert qui parlait de ça. Elle disait que l'arthrose, ça faisait pas mal dans les articulations.

[15] Md : Oui, oui, ça fait mal.

[16] Pt : Oui? Moi je ne savais plus quoi penser.

[17] Md : L'ostéoporose fait pas mal dans les articulations. L'arthrose fait mal.

[18] Pt : Elle parlait d'arthrose. Elle a vraiment parlé d'arthrose, parce que elle, elle fait quelque chose de santé naturelle ou je sais pas trop, là.

[19] Md : L'arthrose, ça fait mal dans les articulations. L'ostéoporose donne pas de douleur, mais ça peut donner des fractures, comme vous avez eu au niveau des côtes, des fractures faciles.

[20] Pt : Oui, et il comprend pas comment ça se fait que c'est pas guéri.

[21] Md : Vous parlez du rhumatologue?

[22] Pt : Oui.

[23] Md : C'est qui, le rhumatologue?

[24] Pt : Dr François Beaudette.

[25] Md : Et on avait parlé peut-être qu'il y a des nouveaux médicaments pour l'ostéoporose. Il en a pas parlé. Il voulait avoir le test.

[26] Pt : Non, parce qu'il avait juste enflé et il me faisait pas mal quand je l'ai vu. Ça m'a fait mal deux, trois jours après.

[27] Md : Est-ce qu'il avait le rapport qu'on avait fait faire avant? Il l'avait, le rapport?

- [28] Pt : Non, il l'avait pas. Il dit qu'il va étudier mon dossier là-bas.
- [29] Md : De là-bas.
- [30] Pt : Oui.
- [31] Md : De Cartier-Grenet, sur Henri-Bourassa.
- [32] Pt : C'est à Grenet, mais mon dossier est à Sacré-Cœur et il dit qu'il va l'étudier avant de me revoir.
- [33] Md : O.K. Mais là il vous fait passer une autre ostéodensitométrie. C'est à Grenet ou à Bois-de-Boulogne?
- [34] Pt : À Bois-de-Boulogne. Ça, c'est au mois d'août, à la fin d'août, je pense.
- [35] Md : Vous m'aviez dit que vous aviez déménagé ou que vous alliez déménager.
- [36] Pt : Je vais déménager à la fin du mois. Je vais venir ici parce que je m'en vais juste ici, pas tellement loin.
- [37] Md : Vous étiez supposée aller à Terrebonne un moment donné, ou à Mascouche.
- [38] Pt : Oui, et j'y vais pas.
- [39] Md : Vous allez pas là finalement.
- [40] Pt : Non, je reste par ici.
- [41] Md : Donc vous allez continuer de venir ici, parce que vous m'aviez parlé peut-être d'aller là-bas.
- [42] Pt : C'était supposé, mais non. J'attends.
- [43] Md : Donc là vous restez à Chomedey encore?
- [44] Pt : Oui. À Chomedey.
- [45] Md : Avez-vous encore votre travail chez la dame pour le gardiennage?
- [46] Pt : Non. Non, non.
- [47] Md : Vous avez laissé ça.
- [48] Pt : Non, c'est elle qui travaille pas dans le moment.
- [49] Md : Ah oui, elle a accouché.
- [50] Pt : Elle a accouché.
- [51] Md : Allez-vous reprendre là après?
- [52] Pt : Je lui en ai parlé l'autre fois, mais elle dit qu'ils sont en train de regarder ça parce qu'ils trouvent que ça coûte cher, faire garder deux enfants.
- [53] Md : Ils vont peut-être l'envoyer en garderie?
- [54] Pt : J'ai aucune idée.
- [55] Md : Est-ce qu'il y avait d'autres problèmes aujourd'hui?
- [56] Pt : Vous m'avez fait passer mon test de sang pour la Synthroid?
- [57] Md : Oui. Quand l'avez-vous passé?
- [58] Pt : Attendez un peu...
- [59] Md : Parce que je pense que j'ai pas encore le résultat. Est-ce que ça fait moins que deux semaines?
- [60] Pt : Attendez un petit peu, je vais vérifier exactement.
- [61] Md : Peut-être qu'il est arrivé et qu'il est pas classé. Parce que j'ai le rapport de Blanchette.

[62] Pt : Je l'ai passée le 30 mai à Sacré-cœur.

[63] Md : Ça fait à peu près deux semaines.

[64] Pt : Je vais aller voir. Peut-être qu'il est pas classé encore.

[65] Md : C'est à Sacré-Cœur parce qu'ici ça allait juste à la fin de juin.

[66] Md: Je vais aller voir. Ça sera pas long.

(MÉDECIN SORT ET REVIENT)

[67] Md : Oui, je l'ai. Et j'ai le rapport du rhumatologue aussi. Je vais juste regarder ça. (PAUSE) C'est ça, il attend le rapport. Du côté de la glande thyroïde, ça semble être beau maintenant.

[68] Pt : Oui?

[69] Md : Oui. Ça, c'est mieux. Même, c'est peut-être un peu trop faible. Attendez, je regardais pas la bonne affaire. Oui, là c'est un peu trop faible. On est descendu trop bas. Avez-vous encore des tremblements?

[70] Pt : Non, j'ai pas de tremblements.

[71] Md : Ça, ça va mieux.

[72] Pt : Oui.

[73] Md : On est allé un petit peu trop loin.

[74] Pt : Bon!

[75] Md : Avant d'être à .05 vous étiez à .075.

[76] Pt : Oui, j'ai eu ça, 75.

[77] Md : Peut-être qu'on n'a pas attendu assez longtemps à ce dosage-là. Parce que là, c'est ça, on est rendu trop bas. On va l'augmenter encore. Peut-être qu'on n'a pas attendu assez longtemps. On va le remonter à .075 et on va faire un test dans trois mois encore.

[78] Pt : O.K.

[79] Md : S'il est trop fort encore, on va alterner une journée .05, une journée .075.

[80] Pt : Ah! O.K.

[81] Md : Une journée un, une journée l'autre.

[82] Pt : Changer ça un peu.

[83] Md : Oui, c'est ça.

[84] Pt : O.K.

[85] Md: Des fois il faut être entre les deux, parce qu'il y a pas de pilule entre .075 et .05.

[86] Pt : O.K. Il faut essayer d'équilibrer ça.

[87] Md : C'est ça. Il faut prendre à ce moment-là une journée une, une journée l'autre, une journée une, une journée l'autre. Ou une journée une et demie, une journée une.

[88] Pt : O.K.

[89] Md : Est-ce qu'il y avait d'autres problèmes aujourd'hui? Ou si c'était surtout pour ça.

[90] Pt : La côte me fait mal encore aujourd'hui, mais je sais pas à quoi c'est dû. Bien, j'ai eu une toux entre-temps, depuis la dernière fois que je vous ai vu. J'ai eu une toux qui durait, qui durait. En fin de compte j'ai été voir un médecin. J'étais à Montréal. J'ai été voir un médecin et il m'a donné de l'Amoxil parce que je faisais pas de pneumonie ni rien. Mais il a dit, « on prendra pas de chance ». Alors il m'a donné de l'Amoxil. Mais de temps en temps je tousse, j'ai encore des bonnes...

[91] Md : Est-ce que c'est moins pire que c'était?

[92] Pt : Oui, c'est moins pire, mais j'ai encore des bonnes quintes de toux de temps en temps. Bien, je sais pas si ça pourrait pas être plutôt par rapport à l'asthme, que d'autres choses.

[93] Md : Est-ce que ça sille?

[94] Pt : Ça sille pas. J'ai sillé au début, mais là je le sais pas.

[95] Md : Je vais écouter pour voir.

[96] Pt : En tout cas, le matin...

[97] Md : Mais là ça va mieux. Prenez-vous encore l'antibiotique?

[98] Pt : Non, je ne prends plus d'antibiotique.

[99] Md : C'est fini, là.

[100] Pt : Oui. Mais quand je me mets à tousser trop, je prends la pompe bleue et le matin je prends la pompe bleue pour (2-3 MOTS INAUDIBLES).

(VONT DANS SALLE D'EXAMEN)

[101] Md : Ça cille pas. Je vais vous faire souffler. Vous savez comment ça marche?

[102] Pt : Oui, vous me l'avez expliqué l'autre fois.

[103] Md : Soufflez. Soufflez. C'est un peu bas, mais c'est pas... Là les prenez-vous, vos pompes?

[104] Pt : Le matin, le soir ma brune et la bleue (1 MOT INAUDIBLE).

[105] Md : Il y a encore un peu d'asthme. On l'entend pas vraiment à l'écouter, mais on le voit avec ça. Donc quand vous faites une infection, une grippe, tout ça, c'est sûr que ça va être pire. À ce moment-là il faudrait peut-être augmenter à trois ou quatre fois par

jour pendant une semaine ou deux, le temps que ça se stabilise, et là vous redescendez après.

[106] Pt : O.K.

[107] Md : Actuellement c'est quand même pas si pire, mais c'est pas 100%. Ça se peut qu'il y ait encore un peu d'asthme qui vous achale de temps en temps.

[108] Pt : O.K.

[109] Md : Si vous voyez que ça empire, ou que vous avez une grippe, là vous montez la pompe brune peut-être à quatre fois par jour pendant une semaine, ensuite trois fois pendant une semaine et vous descendez graduellement à deux fois par jour.

(DE RETOUR DANS LE BUREAU)

[110] Pt : O.K. Et en même temps que cette grippe-là, j'ai eu des gros maux de tête. Ça a duré trois, quatre jours. Ça me tenait bien dur. C'était vraiment fatigant, ça.

[111] Md : Donc ça, c'est votre prescription pour le Synthroid. Je vais monter la force et je vais vous donner un papier pour passer le test. Là ça va être...

[112] Pt : Août, septembre?

[113] Md : En septembre.

[114] Pt : Septembre.

[115] Md : O.K.?

[116] Pt : C'est parfait. Là je revois le Dr Blanchette le premier mai.

[117] Md : Blanchette et vous revoyez Dr Beaudet...

[118] Pt : Entre-temps.

[119] Md : Moi, je vais vous voir après la prise de sang.

[120] Pt : Bon, bien, c'est parfait.

[121] Md : O.K.? Bonne journée!

[122] Pt : Merci beaucoup. Au revoir.

ENTREVUE 1019

[1] Md : Vous avez perdu du poids un peu, hein?

[2] Pt : Depuis qu'on s'est vu, 20 livres. Bien, j'ai été malade aussi depuis une couple de semaines.

[3] Md : Qu'est-ce qui est arrivé?

[4] Pt : Tout m'a sorti. C'est incroyable. Ça a commencé par une extinction de voix, ensuite un feu sauvage et ensuite j'ai eu la grippe. Je pensais que c'était un virus. Bien, je suis allé à la clinique et ils m'ont donné un push-push pour le nez. Alors j'ai dit, je vais attendre un peu.

[5] Md : Un push-push contre les allergies?

[6] Pt : Bien, c'est parce que j'avais le nez bouché. C'était ça. Mais là je suis pogné avec une sinusite et un début de pneumonie. Ils m'ont donné des antibiotiques, Serfex. Ça fait quelques jours que je prends ça. Je commence à filer mieux. Mais ça fait à peu près un mois que j'ai toutes ces choses-là. Avec ce qui est arrivé en plus...

[7] Md : C'est sûr qu'il peut y avoir un lien dans le sens où ça t'a rendu vulnérable.

[8] Pt : Pas mal. (INAUDIBLE).

[9] Md : Comment tu vis ça actuellement?

[10] Pt : Bien, là c'est étape par étape. Je vois un psychologue. Je vois un psychologue pas juste pour la situation, je vois un psychologue pour moi. Ça fait du bien. (INAUDIBLE). Mais je sais pas si je l'aurais (1 MOT INAUDIBLE). Ça prenait cette situation-là pour que ça me fasse réaliser.

[11] Md : C'est une sorte de choc.

[12] Pt : C'est ça. Tu sais, la routine était vraiment imprégnée et je voyais rien. Mais ça va me faire du bien, parce que ça fait réaliser des choses que tu vois pas quand tu es dans la situation. Quand tu sors de ça, après tu dis, « ah, mon dieu, je faisais ça, je faisais ça ». Mais c'est sûr que je travaille sur moi-même. Je travaille pas sur le couple parce que c'est fini. Je veux dire, elle c'est ses choses, moi c'est les miennes, puis la prochaine relation ce sera mieux, je saurai m'ajuster.

[13] Md : Tu vois ça comme constructif.

[14] Pt : Oui. L'enfant, je pensais que j'étais vraiment prêt à l'avoir. Mais c'est quand tu revois toutes les choses ensuite que tu te dis, mon dieu, j'étais pas prêt du tout. (INAUDIBLE). Tu sais, c'est bien beau de dire que tu faisais ci, tu faisais ça, mais si tu regardes de l'autre côté, c'était pas mieux non plus.

[15] Md : Il y a toujours deux personnes dans un couple. Chacun a des choses à corriger.

[16] Pt : Moi, de ce côté-là, je suis content que ça soit arrivé parce que je serais encore (INAUDIBLE). Mais là je viens aussi pour ma santé parce que ça n'a plus de bon sens, ça fait un bout de temps que je suis malade. Peut-être des vitamines. Il faut que je change (INAUDIBLE). Je regarde ça, il faut que je change parce que (INAUDIBLE) ça a pas d'allure.

[17] Md : Une hygiène de vie?

[18] Pt : C'est ça. Là je fais attention, je mange mieux (INAUDIBLE) il faut que je me repose (INAUDIBLE) jusqu'à temps que le corps te le dit. (INAUDIBLE). La semaine passée j'ai fait trois jours. Ça me prend tout le temps (INAUDIBLE). C'est arrivé et on était en finale de hockey. Ah, j'ai oublié de te dire que j'ai eu une gastro aussi. Après le feu sauvage. Et j'ai joué au hockey. C'est pas brillant. Tu es malade et tu joues quand même. « On a besoin de toi! » « O.K., je vais essayer ». Et il faisait 30, 32 degrés, alors en plus j'étais déshydraté. Là je vois aujourd'hui que même si tu joues au hockey, même si tu veux aider le monde, quand tu es malade, il

n'y a plus personne alentour.

[19] Md : (INAUDIBLE).

[20] Pt : Oui. (INAUDIBLE).

[21] Md : (INAUDIBLE).

[22] Pt : C'est ça. C'est que là je me nuis et je m'aide pas. Ça a pas d'allure.

[23] Md : Est-ce que tu arrives à contrôler un petit peu mieux tes horaires?

[24] Pt : Oui, ça, je peux m'arranger. (INAUDIBLE) la dernière visite, mais ça remonte à...

[25] Md : Juillet 83. Mais c'était juste une petite visite. Ça fait un an.

[26] Pt : Mais les rendez-vous sont espacés.

[27] Md : (INAUDIBLE) 30 minutes (INAUDIBLE). Mais quand il y a quelque chose d'urgent, souvent dans les quelques jours qui suivent je vais voir la personne. Quand c'est urgent.

[28] Pt : J'aurais dû rappeler. Ça fait trois semaines, un mois que j'ai des symptômes.

(MÉDECIN PREND UN APPEL TÉLÉPHONIQUE)

[29] Md : Donc toi, aujourd'hui c'était surtout pour vérifier du côté physique, entre autres. Du côté psychologique tu sembles te débrouiller de ce côté-là.

[30] Pt : Oui.

[31] Md : Juste pour essayer de faire le tour un peu au niveau psychologique, as-tu l'impression que de ce côté-là tu commences à reprendre le dessus émotivement?

[32] Pt : Oui, mais j'ai tellement de choses à changer. C'est de commencer à partir de A, B, C et ainsi de suite. (INAUDIBLE). Tu sais, j'ai jamais été seul comme je le suis présentement. J'ai tout le temps eu une femme dans ma vie. Avant elle, c'était une autre. C'étaient des relations assez longues, cinq ans, quatre ans, quatre ans. Mais les 15 dernières années j'ai jamais été seul comme je le suis présentement. (INAUDIBLE) je m'aperçois que ce n'est plus pareil comme (INAUDIBLE) mais là la maison, il y a tous les souvenirs là-dedans. Au début c'était plus dur. Tranquillement je suis en train de changer ça (INAUDIBLE). C'est toutes des choses que je savais pas faire, ça m'intéressait pas, mais là ça commence à m'intéresser, comme les plantes (INAUDIBLE). C'est des choses que je fais maintenant et ça me dérange pas du tout. Mais comme je te dis, ce n'est plus la même chose (INAUDIBLE).

[33] Md : Est-ce que tu as des symptômes de dépression? Te sens-tu déprimé?

[34] Pt : Euh... non. Peut-être il y a trois mois (INAUDIBLE) dans le style...

[35] Md : As-tu pensé à mourir?

[36] Pt : J'étais tanné.

[37] Md : Là, si je comprends bien, tu as l'impression d'être sorti de ça pas mal.

[38] Pt : Ah, oui, oui. Bien, j'y pensais mais je l'aurais pas fait. Je sais pas, c'était peut-être un défi. J'avais deux amis qui venaient quasiment tout le temps. Ça a été vraiment ça. Quand tu vis des choses comme ça, tu peux t'apercevoir qui sont tes amis et tes connaissances. Maintenant je sais ce que c'est, des amis, et des connaissances. Des connaissances, tu peux en avoir énormément, mais des amis...

[39] Md : (INAUDIBLE).

[40] Pt : Ah, mon dieu oui!

[41] Md : Au niveau de ton fonctionnement au travail, est-ce que ça a perturbé? Est-ce que ça va bien?

[42] Pt : Bien, de ce temps-ci je me sens moins souriant. C'est pas moral. C'est physique. C'est parce que c'est pas évident, c'est pas le fun. Tu te lèves et tu es pas en forme. (TOUSSE BEAUCOUP DEPUIS LE DÉBUT DE LA CONSULTATION) J'étais pas comme ça.

[43] Md : Peut-être qu'il y a de la poussière dans l'air.

[44] Pt : C'est rare que je tousse comme ça. C'est parce que je parle, je parle, je parle.

[45] Md : C'est ça. Est-ce que tu dors bien? Est-ce que ton sommeil est bon?

[46] Pt : Hm... ça vient par périodes, je dirais. Il y a des périodes où aussitôt que je mets la tête sur l'oreiller, boom, je pars. Il y en a d'autres, (INAUDIBLE), il fait chaud. Bien, c'est peut-être la température aussi qui fait ça.

[47] Md : Mais est-ce que tu as l'impression que tes soucis personnels affectent ton sommeil?

[48] Pt : Euh... oui, je pourrais dire oui. Si je te disais non, je mentirais. Peut-être inconsciemment ça fait travailler (2-3 MOTS INAUDIBLES). Oui.

[49] Md : Est-ce que tu as l'impression que ça te dérange dans ta vie actuellement? Est-ce que c'est assez pour perturber ton fonctionnement? Ou si c'est trop occasionnel pour ça.

[50] Pt : Au point de vue sommeil, non; mais peut-être au point de vue vie comme ça, là, oui. Bien, si un jour je veux rencontrer, il faut que je commence, pas à sortir mais il faut que je fasse des activités. Mais là pour l'instant c'est...

[51] Md : Là tu étais trop malade peut-être.

[52] Pt : Je peux rien faire. Et c'est ce que je disais à ma mère, « j'ai pas vu passer l'été ». Des fois je m'arrête et je pense à ça (INAUDIBLE). On est rendu fin août, septembre et il s'est passé tellement de choses tellement vite, et le moral, tu penses tellement, que tu vis pas. (INAUDIBLE). Bien, je peux pas dire ça parce qu'au point de vue moral (INAUDIBLE) et tout ça, mais j'ai travaillé, mais inconsciemment. Mais ça a passé comme ça.

[53] Md : C'est sûr que tu es en grosse réflexion. Tu es dans une période de remise en question de bien des choses. Et probablement que tu es (1 MOT INAUDIBLE) ou tes esprits sont...

[54] Pt : Ce qui est dur aussi là-dedans c'est qu'il y a ma fille. Si c'était juste mon ex et moi, j'aurais peut-être pas eu le moral comme ça. Mais c'est parce que j'ai été au dessous de moi-même parce que j'ai pas été capable d'accepter mon rôle paternel, autrement dit. J'ai pas repoussé ma fille. Loin de là. Je l'aime et je lui donne de l'amour. Et c'est pas de l'argent. C'est de l'amour, de la tendresse et tout ça. Mais c'est juste que là-dessus je peux pas... Tu vois, je te parle et (INAUDIBLE).

[55] Md : Ça, ça fait partie des symptômes de la dépression.

[56] Pt : Ah oui?

[57] Md : Tu perds ta concentration.

[58] Pt : C'est ça.

[59] Md : Tu disais que face à ton enfant, tu avais l'impression que tu étais déçu de toi-même de pas avoir...

[60] Pt : C'est ça, assumé mes responsabilités. Là je vois ce que j'aurais dû faire avec mon ex. Avec ma fille c'est moins pire parce que je l'ai une fin de semaine sur deux, alors au moins je fais des activités avec elle. Mais encore là, je me dis, c'est pas évident, avoir un enfant, vivre ça tout seul. Dans mon optique à moi, quand je voyais quelqu'un séparé avec des enfants, je l'ai vécu. Là c'est ça. Je trouve ça bien plate. Moi j'ai vécu ça quand j'avais 14, 15 ans. Mes parents, c'était tout le temps la chicane. Nous, au moins, on voyait que ça allait pas bien et on s'est dit, « on va arrêter ça là pour la petite, et pour nous autres aussi ». Puis ça recommence.

- [61] Md : Super.
- [62] Pt : Ça se peut pas. J'en ai peur. Je te dis, j'ai peur. J'ai peur.
- [63] Md : Sois pas inquiet plus que ça, là. Ça m'étonne pas.
- [64] Pt : Non? J'ai peur de faire quelque chose.
- [65] Md : De toute façon on va réévaluer de façon complète.
- [66] Pt : Des fois aussi avec mes amis, je parle et tout d'un coup on dirait que je fais du surplace.
- [67] Md : Tu perds le focus.
- [68] Pt : Oui.
- [69] Md : Non, ça, ça m'inquiète pas.
- [70] Pt : C'est super parce que ça va faire, là.
- [71] Md : Ça va se replacer, inquiète-toi pas. Mais tu disais que tu trouvais ça difficile au niveau de ta fille. Il y a des choses que tu aurais aimé faire, que tu aurais peut-être dû faire, tu disais, quand tu étais avec ton ex.
- [72] Pt : Oui, c'est ça.
- [73] Md : Et là c'est de t'adapter au rôle de père seul.
- [74] Pt : Aussi, je vois les autres couples, les autres familles, comment ils travaillent ensemble. Je veux dire, c'est sûr que j'ai pas été capable de prendre mes responsabilités dans la famille. Mais aussi il faut dire que mon ex, c'est une bonne fille, mais quand tu restes avec quelqu'un c'est pas comme quand tu vois quelqu'un. Elle a un caractère. Je te dis pas que j'ai pas un caractère. Tout le monde a son caractère. Mais (INAUDIBLE). Reste avec une personne et vois une personne cinq minutes, c'est deux.
- [75] Md : Il y a deux personnes, hein?
- [76] Pt : C'est tout le temps la faute de un, la faute de un, mais dans le fond... Mais je suis content parce que mon ex-beau-père est venu me voir. On a jasé de ça et il a dit, « je te comprends ». Parce que la mère de mon ex a sensiblement le même caractère et il le sait. Alors il y a au moins une personne qui me comprend.
- [77] Md : Tu te sens plus jugé, si je comprends bien?
- [78] Pt : Oui.
- [79] Md : Je pense qu'à un moment donné il faut faire abstraction de ça. Toi, tu le sais c'est quoi, la vérité (INAUDIBLE). Il y a une personne qui peut le comprendre comme toi. Alors essaie d'apprendre de ce qui est arrivé. Les grandes peines qu'on a dans la vie nous apprennent des choses. Ou les grandes épreuves.
- [80] Pt : Maintenant je l'accepte, et même, je lui parle. Trois semaines après notre rupture elle avait un chum. Ça, ça m'a donné une claque d'aplomb. C'est sûr que c'est sa vie... Mais ça, je le comprends maintenant. Mais au début, (INAUDIBLE). J'avais rencontré quelqu'un, mais ça a pas marché. Autrement dit, 96, pour moi c'est : arrange tes problèmes, arrange-toi, et 97 va être super le fun, tu vas pouvoir (INAUDIBLE).
- [81] Md : Je pense qu'il faut que tu te consolides, toi, avant, que tu fasses les changements que tu sens nécessaires. Et à ce moment-là tu vas être prêt à rentrer dans une relation la tête libre, équilibré, solide. Tu vas savoir où tu t'en vas. Parce que des fois, les premiers temps après une séparation on s'embarque dans des décisions pour les mauvaises raisons.
- [82] Pt : Parce que tu traînes toutes les mêmes bibittes. Mes trois dernières relations, ça a été quatre ans, quatre ans et demi, cinq ans. Donc à partir de quatre ans, c'est là que ça brasse. Je me dis que la personne avec qui je suis, elle voit, elle voit ça et elle aime pas ça. Je traîne tout le temps la barrière du quatre ans et je suis pas capable de passer ça et de dire, « je fais ma vie avec elle et ça finit là ». (INAUDIBLE).
- [83] Md : Et il faut que tu te retrouves toi-même. Je pense qu'il faut que tu focusses sur toi, sur ton bien-être, sur retrouver l'équilibre, et ensuite tes relations vont être plus intéressantes. Parce qu'au début, après une rupture comme ça, tu peux aller chercher quelqu'un parce que tu as besoin d'affection ou parce que tu sens un vide. Mais c'est pas ça, le but d'une relation.
- [84] Pt : J'en ai rencontrées une couple. Je te mentirais si je te disais que je pourrais être avec quelqu'un, mais (INAUDIBLE).
- [85] Md : C'est ça. Force-toi pas.

[86] Pt : C'est ça. J'ai dit à la fille, « tu es bien fine, mais excuse-moi, ça marche pas ». C'est parce que je suis trop rendu sélectif. C'est incroyable, être sélectif comme ça. Une petite affaire et je vais me dire, « ah, bien non ». Au lieu d'ouvrir mon esprit. On dirait que je suis comme ça présentement.

[87] Md : Laisse ça comme ça. C'est parce que tu es pas prêt. Ça se peut peut-être que tu as pas rencontré la bonne personne non plus.

[88] Pt : Moi, je crois beaucoup au destin. C'est sûr qu'un moment donné ça va arriver dans ma vie, et boom (INAUDIBLE).

[89] Md : (INAUDIBLE).

[90] Pt : C'est ça.

[91] Md : (INAUDIBLE). Peut-être que le destin voulait que vous soyez pas ensemble à long terme.

[92] Pt : C'est juste pour ma fille que je trouve ça plate parce que le dimanche soir...

[93] Md : Tout n'est pas perdu dans le sens que... Parce que le dimanche soir?

[94] Pt : Parce que le dimanche soir, quand je l'ai une fois par deux semaines, le dimanche soir quand mon ex vient la chercher, j'ai les larmes aux yeux. Pas parce que j'ai perdu ma blonde. Ça, c'est réglé dans ma tête. Tu me demanderais si je reviendrais avec mon ex et je te dirais, « non, j'ai trop de choses à apprendre sur moi-même ». Là, présentement (INAUDIBLE) mes parents, on se poignait (INAUDIBLE). Mais ma fille, ça me fait de la peine.

[95] Md : Je comprends.

[96] Pt : Je vais m'ennuyer, je suis sûr.

[97] Md : Mais tout n'est pas perdu dans le sens que tu as encore un très gros rôle auprès d'elle.

[98] Pt : Ah oui, oui

[99] Md : Tu vas toujours être son père.

[100] Pt : Comme je te disais, je pense à elle et (INAUDIBLE). Si tu regardes à ce point de vue-là, ça va mal. Au point de vue de l'extérieur, ça va très bien, la business va bien, j'ai une maison. Du point de vue argent, tout ça, ça va bien. Alors si je peux agencer les deux (INAUDIBLE).

[101] Md : Il faut que tu te laisses du temps aussi. C'est pas : un jour tu te revires de bord et tout est beau.

[102] Pt : Je regarde au point de vue santé, ça fait, quoi, 10, 15 ans (INAUDIBLE).

[103] Md : Une fois des troubles digestifs.

[104] Pt : Oui. Et maintenant ça va bien. (INAUDIBLE).

[105] Md : Penses-tu que ça peut avoir une relation avec ce que tu vivais?

[106] Pt : Je pense que oui. Je pense que oui. Comme l'eczéma, il y avait de quoi qui m'énervait. Justement, il y a une fille, sa mère a un livre (INAUDIBLE) et c'était toutes des choses qui touchaient à ce que je vis présentement. C'est sûr que c'était pas juste ça, mais...

[107] Md : Mais je pense que quand tu vis des choses difficiles émotionnellement, ça te rend plus vulnérable. Tes défenses sont moins bonnes.

[108] Pt : Cet été j'ai joué au hockey un peu, mais à part de ça, j'ai pas fait grand-chose. J'ai fait un peu de bicyclette. Je me suis lancé dans le travail. Bien, j'ai pas travaillé pendant les deux semaines de la construction, mais ça fait rien, j'ai pas réussi à me reposer. C'est parce que j'ai des machines (INAUDIBLE) aussi. Alors quand c'est pas les machines, c'est la cantine, alors je suis tout le temps retenu. Il faudrait que je parte.

[109] Md : Es-tu capable de déléguer pour un certain temps?

[110] Pt : Oui. Bien... Là j'ai quelqu'un après-midi, mais je suis une personne très méthodique. Il faut que ça soit là, il faut que ça soit là. Mais j'essaie de pas être trop encombrant pour la personne qui travaille pour moi.

[111] Md : Serais-tu capable de partir deux semaines?

[112] Pt : Oui. Avant, souvent mon ex me demandait, « on va s'en aller, ça va nous faire du bien ». « Ah, je sais pas ». Mais, tu sais, quand tu as des paiements, des choses comme ça, ça te fait moins bouger. C'est la peur. Parce que mon ex un moment donné (INAUDIBLE). Elle, dans son optique c'était, « on va élever la petite pendant quatre, cinq ans et ensuite j'irai travailler ». Mais quand tu apportes tout à la maison, tu as des paiements (INAUDIBLE).

[113] Md : (INAUDIBLE) insécurité.

[114] Pt : Oui. Mais j'ai parlé avec du monde et eux, leur optique était complètement différente. Ils pensaient comme moi : « il faut que les deux travaillent si tu veux un bon revenu ». Aujourd'hui, si les deux travaillent pas, à moins que tu fasses 110, 125 000 par année... Mais si tu veux avoir un bon niveau de vie, il faut qu'au moins les deux travaillent. Moi, c'est ce que je pense. Surtout que ça faisait pas longtemps qu'on avait la maison. Ça, c'est toutes des petites choses qu'on est deux là-dedans, ce qui fait que ça fait des frictions pas mal. C'est sûr que j'ai beaucoup de choses à changer. Ça s'en vient, mais tranquillement.

[115] Md : Je trouve que tu te débrouilles bien dans tout ça. Je vois que tu as une bonne optique, que tu es positif. Je pense que tu es sur la bonne voie.

[116] Pt : C'est juste que quand tu as pas de frère, tu as pas de sœur... Ma mère a 71 ans. C'est une autre génération. Elle pense pas comme moi. Tu as pas d'oncle, tu as pas de tante avec qui en parler. Alors tu gardes tout ça en dedans. Tu as des amis, mais des amis à qui tu peux parler seulement jusqu'à un certain point. Tu t'arrêtes à une certaine limite parce que (INAUDIBLE). Et un psychologue, c'est sûr que c'est bon, mais encore là il te connaît pas. Comme, toi tu commences à me connaître. C'est plus le fun de jaser. Au fur et à mesure c'est le fun. Mais à part ça... Et à la cantine, je suis tout seul. Tu sers les clients, mais tu es dans le camion tout seul. Alors c'est tout le temps un endroit où je suis seul. Et là je tombe tout seul dans la vie. (INAUDIBLE). Des fois tu fonces, mais il faut aussi que tu aies des raisons pour foncer. Je suis un fonceur. J'ai 31 ans et ça va très bien.

[117] Md : Le fait que tu sois isolé, ça t'a pas aidé. Te confier à quelqu'un, parler de ça, rebrasser ça, ça aide à s'en libérer.

[118] Pt : Je me dis aussi qu'étant fils unique, j'ai eu beaucoup d'amis, étant jeune. Je cherchais des amis parce que je trouvais ça plate. Je peux dire que j'ai tout le temps eu ce que je voulais dans mon enfance. Mais il y a des flash de solitude qui reviennent. Tu transportes ça aussi. C'est pour ça que je veux faire attention au développement de ma fille, et je vais en parler à sa mère un moment donné quand je serai capable, parce que tu transportes. Si tu pars tout croche dans la vie, bien, tu t'en vas comme ça. C'est pour ça que je pense à ça. Je me dis qu'il faut que je fasse attention. (INAUDIBLE).

[119] Md : Mais si tu es présent, si tu donnes ce que tu as à donner... C'est mieux d'avoir des parents qui ne sont plus ensemble, que des parents qui sont ensemble et qui passent leur temps à se chicaner et qui sont tendus.

[120] Pt : Je suis nerveux, tout ça. Mon père (2-3 MOTS INAUDIBLES) alcool. Moi je bois pas du tout. Je veux rien savoir de ça. Je suis content de ça parce que quand à 11 ans tu as tout le temps l'oreille vers la clé de la porte... Juste son pas quand il rentrait dans la maison, je savais s'il était saoul. Je peux te dire que c'est incroyablement stressant. Quand papa rentrait et que je savais qu'il était saoul, je ne dormais plus. Quand je savais qu'il buvait pas, là je dormais.

[121] Md : (INAUDIBLE).

[122] Pt : Et j'étais asthmatique, jeune. L'hôpital Ste-Justine, je l'ai connu.

[123] Md : (INAUDIBLE) une composante d'asthme. C'était pour ça.

[124] Pt : Des tentes d'oxygène et des choses comme ça, j'en ai vues.

[125] Md : Il y a des choses dans ton passé qui ont des répercussions.

[126] Pt : Ça fait mal. Le monde dit, « tu es tout le temps malade! » Et ils ont raison. Je suis tanné, là. J'en ai jusque là d'être tout le temps malade.

[127] Md : Fumes-tu? Je me souviens pas.

[128] Pt : J'ai jamais touché à ça de ma vie. Mon père fumait beaucoup.

[129] Md : Actuellement au niveau physique, là évidemment il y a ton problème respiratoire, est-ce que tu te sens essoufflé?

[130] Pt : Oui. Je vais te dire quelque chose, je pensais que je faisais une mononucléose parce que j'en ai faites deux à date.

[131] Md : Une mononucléose (INAUDIBLE). Tu peux en faire juste une.

[132] Pt : En tout cas, j'en ai fait une peut-être vers 16, 17 ans. Et ensuite j'ai eu de la fatigue excessive, des choses comme ça. Ce matin je me sentais mieux. J'ai essayé de faire des poids, bien, des poids légers parce que je veux engraisser, ça a pas d'allure. Du monde que j'ai pas vu depuis deux semaines me dit, « mon dieu, tu maigris, tu me fais peur ». (INAUDIBLE).

[133] Md : Est-ce que tu te sens serré dans ta respiration?

[134] Pt : Oui. Surtout avant de me coucher.

[135] Md : (INAUDIBLE).

[136] Pt : Non, je penserais pas. Au début, oui, mais là avec les pilules ça s'en vient. C'est quand je me couche et que je prends le Ventalin...

[137] Md : En prends-tu actuellement?

[138] Pt : Bien, là j'en prends parce que je file pas. Quand je me couche c'est serré. Je devrais pas en prendre parce que je trouve que ça sert à rien. C'est inutile. J'ai juste à attendre. C'est psychologique plus que d'autre chose.

[139] Md : Est-ce que tu craches quelque chose? Est-ce qu'il y a quelque chose qui sort?

[140] Pt : J'ai craché pendant une semaine et demie. C'est incroyable.

[141] Md : Est-ce que c'est coloré?

[142] Pt : C'était vert foncé.

[143] Md : As-tu fait de la fièvre?

[144] Pt : Je crois que oui. J'étais allé dans une clinique sur le chemin Chambly et elle m'avait donné ça. Elle a dit, « c'est sûrement un virus. Je vais te donner un décongestionnant (1 MOT INAUDIBLE) cortisone. Je me souviens pas du nom.

(INAUDIBLE). J'y ai été samedi il y a deux semaines. Et jeudi passé j'ai recommencé (INAUDIBLE) j'ai dit, ça se peut pas, voyons donc! Là je suis allé voir le médecin. J'ai passé des radiographies le même soir. Il m'a dit que j'avais une sinusite avec un début de pneumonie.

[145] Md : Du côté de la digestion, comment ça va?

[146] Pt : Bien, le matin je mange un peu. J'ai pas un bon appétit de ce temps-ci. Du tout, du tout, du tout. Comme, là j'ai juste mangé une pomme. C'est pas normal.

[147] Md : Étant malade (INAUDIBLE).

[148] Pt : Hier (INAUDIBLE). J'étais content. J'ai dit, enfin! Aujourd'hui j'ai mangé un peu. L'appétit est là, mais le goût et l'odorat, depuis deux semaines je sens rien.

[149] Md : As-tu des sécrétions qui coulent derrière la gorge?

[150] Pt : (INAUDIBLE) une toux sèche (INAUDIBLE) ma salive, tout ça (INAUDIBLE).

[151] Md : Est-ce qu'il y a d'autres choses à part ça qui t'inquiètent au niveau physique actuellement?

[152] Pt : Non.

[153] Md : Viens, on va regarder ça. Mais souvent, les gens qui vont vivre un événement comme ça vont être malades physiquement. Enlève ton vêtement. Tiens-toi aux choses de base : de la marche. Des poids? Pas plus que ça.

[154] Pt : (INAUDIBLE) la semaine prochaine. J'ai hâte de...

[155] Md : Mais là c'est parce que ton corps est en train de combattre l'infection. C'est pas le temps de lui mettre des stress par-dessus ça. La marche, c'est parfait. Mais quand tu verras que ton problème d'infection est réglé, là tu commenceras l'entraînement.

[156] Pt : O.K.

[157] Md : Il faut que tu te laisses une chance.

[158] Pt : J'ai hâte.

[159] Md : Je comprends que tu as hâte.

[160] Pt : J'avais des choses, mais j'étais en forme quand même. Là je travaille moins, j'ai plus de temps pour moi.

[161] Md : Ta pression est belle. As-tu fait de la fièvre un moment donné? Des frissons?

[162] Pt : Oui.

[163] Md : Tu sais, quand tu as des feux sauvages.

[164] Pt : Tu vois (INAUDIBLE).

[165] Md : On voit la cicatrice. Ça devait être gros.

[166] Pt : C'est incroyable. J'ai dit, qu'est-ce que c'est ça? Je travaillais en même temps, alors là... J'ai mis plein d'affaires dessus et ça a fait son temps.

[167] Md : Ouvre la bouche. Je vais regarder dans ton nez. Est-ce que le nez te pique souvent?

[168] Pt : Non.

[169] Md : Respire fort. Encore. Encore. Encore. Encore.

- [170] Pt : Un anévrisme au cerveau, est-ce que c'est héréditaire?
- [171] Md : Euh... plus ou moins.
- [172] Pt : Parce que papa est mort de ça. Mais ça fait longtemps.
- [173] Md : Respire fort.
- [174] Pt : Parce que des fois j'ai mal là. C'est rare, mais ça arrive.
- [175] Md : Encore. Encore. Là tu peux être étourdi parce que je t'ai fait respirer souvent. Allonge-toi sur le dos.
- [175] Pt : Le sida, ça commence pas comme ça? (RIRES) Tu te poses 56 000 questions. Ils disent le sang. C'est sûr qu'étant jeune...
- [176] Md : (INAUDIBLE).
- [177] Pt : Étant donné que j'ai maigri, je n'ai plus d'appétit, mon système immunitaire, je sens qu'il est moins fort. Je veux renforcer ça, ça a pas d'allure.
- [178] Md : Pour l'instant je serais pas inquiète de ce côté-là. Je vais écouter ça. Respire fort. Encore.
- [179] Pt : Il y a peut-être 15 ans, quand je suis allé à Acapulco, deux jours après être arrivé là-bas j'étais knock-out. Le médecin m'a donné, je pense que c'est des antibiotiques. Il a dit, « c'est de sept à 10 jours ». J'ai dit, « quoi? Sept à 10 jours? Je suis à Acapulco! » Deux jours après, j'étais sur le party là-bas. Quand je suis revenu, j'avais des gaz avec une senteur incroyable, les selles, tout ça, de la misère un peu avec l'estomac. D'après moi, je me suis magané beaucoup, beaucoup, beaucoup depuis ce temps-là. C'est pour ça que je te dis que je me sens pas vraiment fort. Je peux être fort physiquement, mais fort d'ici. Ça fait des années que je me sens comme ça.
- [180] Md : Ton estomac était à l'envers et tu as continué à abuser après ça de ta santé.
- [181] Pt : Parce que, comme je te disais, à l'âge de 20 et quelques, c'est sûr qu'on sortait, la boisson, tout ça. (INAUDIBLE). Maintenant je fais attention. C'est tout le temps un combat : est-ce que je suis correct?
- [182] Md : Tu es resté inquiet pour ta santé.
- [183] Pt : Oui.
- [184] Md : Tu m'as fait part d'une certaine inquiétude au niveau du sida. As-tu eu des relations avec plusieurs partenaires qui pourraient être à risque?
- [185] Pt : Non, non, non.
- [186] Md : Est-ce que tu utilises des condoms actuellement?
- [187] Pt : Actuellement j'ai pas de relations.
- [188] Md : Disons dans la dernière année.
- [189] Pt : Dans la dernière année, ça a été mon ex. J'en ai rencontrées, mais pas de pénétration. Je pensais à ça l'autre fois : je suis comme une bonne fille. La bonne fille va rencontrer un gars, mais elle couchera pas avec n'importe qui. Bien, maintenant je suis comme ça. Ça me tente pas de coucher avec n'importe qui.
- [190] Md : C'est parfait, ça. C'est excellent. Tu te trompes pas. Tu fais pas d'erreur en faisant ça.
- [191] Pt : Je vais être rendu à la pénétration, mais j'attends la bonne fille. Tu vois, j'ai des sécrétions.
- [192] Md : C'est pour ça que tu tousses tant que ça. Tu peux te moucher.
- [193] Pt : C'est ça, je suis rendu au stade où au point de vue sexuel, c'est quand je sors avec la bonne fille.
- [194] Md : Tu te trompes pas en faisant ça parce que tu risques moins de te blesser et de te sentir mal avec la personne avec qui tu t'es engagé.
- [195] Pt : C'est ça.

- [196] Md : Attends d'être prêt. O.K. Alors ce qui a été diagnostiqué, ça semble adéquat. La seule chose, actuellement tu tousses beaucoup. Est-ce que chez toi tu tousses beaucoup comme ça?
- [197] Pt : Non. Du tout, du tout.
- [198] Md : C'est peut-être ici qu'il y a quelque chose.
- [199] Pt : Chez nous, plus ça va, plus je trouve que...
- [200] Md : Ça s'améliore?
- [201] Pt : Ah oui, ah oui.
- [202] Md : Sinon je t'aurais rajouté des pompes, Ventolin et Beclofort. Mais si tu tousses pas comme ça, c'est probablement qu'ici il y a quelque chose qui te... Là tu vas faire deux semaines comme ça.
- [203] Pt : J'ai remarqué que quand je mange pas beaucoup, on dirait que la toux part. Hier soir je toussais un peu. J'ai bien soupé. C'est peut-être juste l'énervement.
- [204] Md : Oui, il y a peut-être ça ici.
- [204] Pt : Pour te jaser, tout ressortir encore ça. J'ai hâte de passer à une autre étape, mais ça reste là quand même.
- [205] Md : Mais ça fait partie du processus de digestion, digérer ce qui t'est arrivé. Tu m'as dit qu'elle t'avait donné un push-push nasal.
- [206] Pt : Oui. C'est...
- [207] Md : T'en sers-tu encore? Nasacar, Aquacor, Inocor?
- [208] Pt : Non.
- [208] Md : Flonase? Comment est la bouteille?
- [209] Pt : Brune et orange.
- [210] Md : Beconase.
- [211] Pt : Oui, c'est ça.
- [212] Md : Ça, ça serait bon que tu le prennes.
- [213] Pt : Oui?

[214] Md : Est-ce qu'il t'en reste?

[215] Pt : Ah oui, il m'en reste beaucoup.

[216] Md : Deux inhalations.

[217] Pt : Une dans chaque narine.

[218] Md : C'est ça. Deux inhalations, pas une. Deux inhalations dans chaque narine matin et soir. Fais-le d'ici à ce que je te revoie. Parce qu'on voit qu'il y a un peu d'allergie qui te congestionne les muqueuses. Ça va t'aider à libérer ta sinusite. Tu continues tes antibiotiques. Je te revois dans deux semaines pour voir comment ça va aller. Ça devrait aller beaucoup mieux.

[219] Pt : Oui?

[220] Md : Hydrate-toi beaucoup. Essaie de bien manger, sainement. Et repose-toi le plus possible.

[221] Pt : J'avais hâte qu'il commence à faire moins chaud. Je filais pas trop, trop bien. L'humidité, je trouve que cet été tout le monde est malade.

[222] Md : Écoute, là je pense que tu as passé une phase très difficile. Tes réactions me semblent tout à fait normales. Ce que tu me décris, c'est dans la norme, compte tenu des circonstances. Je trouve que tu fais une très belle évolution personnelle et tu sembles très adéquat. Tu as eu des problèmes physiques. Bon, ça vient de l'extérieur, c'est un microbe que tu as attrapé. Mais peut-être que tu étais juste dans une phase plus vulnérable. C'est pour ça que tu l'as entraîné plus longtemps. Tu as perdu du poids, tu as moins de réserves, moins de résistance. C'est pour ça que tu l'a entraîné. Alors là on traite le problème physique. Tu sembles faire un bon cheminement. D'ici deux semaines ça devrait aller mieux et tu vas pouvoir recommencer à t'entraîner et à reprendre le dessus.

[223] Pt : Me prescrirais-tu, si tu vois que j'en ai besoin, des vitamines ou des choses comme ça?

[224] Md : Je peux te rajouter un petit quelque chose qui t'amène un peu tous les suppléments dont tu as besoin. Centrum fort.

[225] Pt : À la cantine, bien manger c'est pas tout le temps évident. C'est pas comme à la maison.

[226] Md : Tout seul à la maison, as-tu de la misère à manger?

[227] Pt : Non, c'est pas si pire.

[228] Md : Tu te débrouilles bien en cuisine.

[229] Pt : Oui.

[230] Md : Un moment donné on parlera du Guide alimentaire canadien. Je vais te le donner. Ça va te donner une idée des portions.

[231] Pt : Du poisson, j'en n'ai jamais mangé. Je dis que j'aime pas ça, mais j'en n'ai jamais mangé. Du yogourt, je commence à en manger. J'en mangeais pas, avant.

[232] Md : Tu es plus concentré là-dessus, j'ai l'impression. Tu commences à t'éveiller à l'importance de ça. Ça te fait plusieurs changements. Un comprimé par jour, Centrum fort. C'est une multi-vitamines. Ça contient de la bêta-carotène, des antioxydants. Une multi-vitamines qui va pouvoir t'aider. Mais ça ne remplace pas la bonne alimentation. Alors je te revois dans deux semaines.

[233] Pt : O.K. Il y a des choses qui sont pas évidentes.

[234] Md : Non. Il faut être combatif, hein?

[235] Pt: Oui. C'est ça, j'ai combattu physiquement tout le temps. L'asthme s'en va. Quand je file pas, je prends mon Ventolin, mais le Ventolin peut durer un an.

(FIN DES ENTREVUES)

Annexe 3

**Codage des sections des entrevues portant sur
l'asthme.**

1)Entrevue 280 durée d'entretien : 21 minutes

Dans un contexte de plainte des douleurs abdominales avec selles noires, des condylomes...

[64] Md : Vous avez quel âge?

[65] Pt : 30 ans.

[66] Md : Avez-vous déjà eu des problèmes de santé?

[67] Pt : Non.

[68] Md : Vous avez pris des anti-inflammatoires pour votre épaule. À part ça, vous avez jamais fait de haute pression, de diabète, de...

[69] Pt : Non. Bien, j'ai jamais passé de tests pour ça.

[70] Md : Mais en général vous êtes quelqu'un en bonne santé.

[71] Pt : Oui.

Tabagisme, nom du problème (asthme)

[72] Md : Est-ce que vous fumez?

[73] Pt : Oui.

[74] Md : Combien vous fumez?

[75] Pt : Je fume un paquet par jour. Je suis asthmatique aussi.

Prise de Rx (β agoniste), nom commercial du Rx , posologie de prise

Présentation de Rx

[76] Md : Est-ce que vous prenez des médicaments pour votre asthme?

[77] Pt : J'ai Ventolin, la petite bouteille bleue.

[78] Md : Est-ce que vous avez besoin d'en prendre souvent?

[79] Pt : Non, ça fait à peu près sept mois que j'ai ma bouteille et j'ai à peu près la moitié de pris dans ma bouteille. Alors c'est vraiment quand j'en ai besoin.

[80] Md : C'est vraiment très occasionnel que vous en prenez.

[81] Pt : Oui. Le matin surtout.

[82] Md : Dans votre famille est-ce qu'il y a des problèmes de santé particuliers?

[83] Pt : Ma mère a un problème de cœur. Mais elle est rendue à 72 ans, alors...

Prise de Rx; anti-inflammatoire

état de santé

Fumée

Quantité de tabac

Asthmatique

Prise de Rx
Ventolin., Présentation
Rx
Fréquence de prise

Prise au besoin

Occasionnel
Précision de moment

Antécédents familiaux

2)Entrevue 374 durée d'entretien : 12 minutes

exploration des signes, symptômes

[22] Md : Mais tu as pas fait de fièvre? le nez coule pas?

Symptômes : fièvre,
écoulement nasal

Nom de Rx, Prise de Rx (corticostéroïdes)

[23] Pt : Non. Sauf que hier j'ai commencé la cortisone, mais ce n'est pas....

[24] Md : la cortisone?

Nom de Rx
Rx et prise

<p>[25] Pt : Oui. (mots inaudibles) Symptômes</p>	
<p>[26] Md : Et as-tu l'impression que tu as attrapé <u>un rhume</u> avec ça? Ou euh...</p>	Rhume
<p>[27] Pt : Je le sais pas. Je le sais pas <u>parce que j'ai rien</u>. J'ai comme l'impression, comme, là, au-dessus des yeux. <u>J'ai mal à la tête en ce temps là</u> (2-3 MOTS INAUDIBLES) et <u>ça fait drôle</u>.</p>	<p>Mal à la tête Sensation (perception)</p>
<p>Symptômes , IVRS, nom du problème (asthme)</p>	
<p>[28] Md : Du côté de <u>ton asthme</u>, <u>ça va comment?</u></p>	Nom du problème
<p>[29] Pt : Ça a <u>été difficile</u> parce que j'ai <u>pogné des grippes</u>, des <u>grippes qui pognent vraiment dans la gorge</u>.</p>	<p>asthme difficile des grippes (état grippal)</p>
<p>[30] Md : <u>Ah oui?</u></p>	
<p>Essai des tests fonctionnels : débit de pointe : utilisation du peak flow , interprétation et explications</p>	
<p>[61] Md : <u>Souffle</u>. (PATIENT SOUFFLE) <u>C'est pas pire!</u></p>	Débit de pointe; résultat bon
<p>[62] Pt : Non.</p>	
<p>[63] Md : Rire.</p>	
<p>[64] Pt : À la pharmacie, la fille a dit, « <u>tu es sûr que tu fais de l'asthme?</u> » J'ai dit, « bien oui ».</p>	Doute sur problème
<p>[65] Md : <u>C'est très beau</u>. D'habitude <u>on fait nos zones vertes, zones rouges en bas de 320</u>. Ici c'est entre 460 à 540. <u>Mais toi tu es ici, tu es à 680 à peu près</u>.</p>	<p>Description et explication sur valeurs normales des EFR Interprétation des résultats</p>
<p>[66] Pt : Rire</p>	
<p>[67] Md : Fais que... Hum... <u>Il y a pas trop de problème là!</u></p>	rassure
<p>[68] Pt : Merci.</p>	
<p>Explications des mécanismes physiopathologiques</p>	
<p>[69] Pt : <u>Les poumons</u> en tant que tels, parce que ça, <u>ça correspond avec les poumons...</u></p>	<p>petite explication des mécanismes physiopathologiques</p>
<p>[70] Md : Oui.</p>	
<p>[71] Pt : ...<u>mais si le passage est comme rapetissé</u> et c'est par <u>crise des fois</u> Activités physiques antérieures</p>	<p>passage rapetissé par crise</p>
<p>[71], c'est sûr que je sais <u>que je me suis pas entraîné beaucoup...</u> Quand j'étais pas mal <u>plus jeune je faisais beaucoup de cross-country</u>.</p>	Activités physiques
<p>[72] Md : Oui.</p>	
<p>Explication d'ordre général sur un facteur pouvant expliquer le problème</p>	
<p>[73] Pt : Aujourd'hui, c'est sûr <u>que je suis pas mal plus gros</u>. Mais <u>c'est sûr ici qu'est le problème</u>.</p>	<p>Prise de poids expliquerait problème</p>
<p>Les allergies, symptôme</p>	
<p>[73]..... Là il faut dire que ces temps-ci, <u>j'ai beaucoup de clients qui ont des chats et des chiens</u>. <u>Ça tire de temps en temps</u>.</p>	<p>Allergies aux animaux, Symptôme : tirage</p>
<p>Posologie de prise de médicaments (β agoniste) : médicament actif,</p>	
<p>[73]..... Regarde, ce matin, j'ai <u>pris un coup de Ventolin</u>.</p>	Ventolin; prise de Rx
<p>[74] Md : Mais en tout cas, <u>là c'est très beau</u>. Je pense que tu peux</p>	Valeur du débit de

<p><u>continuer juste avec le Ventolin au besoin pour l'instant.</u></p>	<p>pointe, recommandation</p>
<p>Nom de Rx, observance, prise de Rx , moment de activité physique [75] Pt : <u>C'est ça. J'ai le Beclodisk. Il ne m'en reste plus beaucoup. Je sais que je l'ai pas fait comme tu me l'as dit, mais je m'en sers juste le vendredi soir avant mon match. Je m'en sers la journée du vendredi. Parce que si je prends juste du Ventolin, ça tire. Je sais pas s'il y aurait d'autre chose à prendre que ça. Vraiment, il ne m'en reste plus.</u> [76] Md : <u>Ça, ça peut pas être pris...</u> [77] Pt : <u>C'est un traitement, ça, hein?</u></p>	<p>Nomination de Rx , demande renouvellement Observance? Activités physiques</p> <p>Explication sur prise</p>
<p>traitement préventif [78] Md : <u>C'est ça, c'est un traitement préventif. Ça peut pas être pris juste au besoin</u> Suggestion d'un traitement alternatif et avis sur le médicament, [78] ... <u>La seule autre affaire qu'on pourrait essayer dans ton cas avant un match de hockey, ça serait l'Intal. Je sais pas si tu l'as déjà essayé, l'Intal?</u></p>	<p>Traitement préventif</p> <p>Intal Suggestion de Rx Essai de Rx ?</p>
<p>Équivalent du produit, nom du Rx [79] Pt : <u>Est-ce que c'est le Flovent, ça?</u> [80] Md : <u>Oui, c'est comme le Flovent.</u></p>	<p>Nom du Rx (Flovent) Traitement alternatif?</p>
<p>Effet et puissance du produit [81] Pt : <u>Mais est-ce qu'il est plus fort? Parce que le Flovent, ça réagissait pas avec moi. Ça faisait rien.</u> [82] Md : <u>Ça faisait rien? Non, c'est pas plus fort.</u> Attitude vis-à-vis du produit : doute, questionnement [83] Pt : <u>Je sais pas si c'est psychologique, mon affaire, mais une fois j'avais oublié mon Beclodisk. Je me donne deux coups avant le match, peut-être une heure avant le match. J'avais oublié de le prendre et j'ai embarqué sur la glace juste avec mon Ventolin.</u></p>	<p>Force du rx (puissance) Effet de rx</p> <p>Psychologique?</p> <p>Oubli Prise de rx avant match de hockey</p>
<p>Position du médecin(attitude),objection, action duRx, décision partagée [84] Md : <u>En tout cas, j'ai pas d'objection à ce que tu le prennes comme ça, parce que si le Flovent t'a pas aidé, l'Intal t'aidera pas plus. Alors si tu trouves que ça fonctionne bien, on peut te redonner ça sans problème à ce moment-là.</u></p>	<p>Pas d'objection Efficacité de Rx</p> <p>Partage de décision</p>
<p>Nom du Rx, questionnement sur un produit : équivalence? Puissance de rx? [85] Pt : <u>Le Beclovent et le Beclodisk, est-ce que c'est la même chose?</u> [86] Md : <u>Le Beclodisk est habituellement quatre fois plus puissant que le Beclovent.</u> [87] Pt : <u>Ah, c'est pour ça. O.K.</u></p>	<p>Nom Rx, Puissance de Rx</p>
<p>[88] Md : <u>En tout cas je pense pas que tu aies de sinusite. En tout cas, ça me fait pas penser à ça. Tu as aucune douleur à la percussion des sinus, tu as pas</u></p>	<p>Hypothèse de diagnostic</p>

vraiment le nez qui coule.	
<p>Allergie. émotion/attitude du patient</p> <p>[89] Pt : Tu sais, <u>je vais tousser par allergie</u>. Comme en fin de semaine, comme lundi. Et ça fait mal, <u>ça fait mal au bout</u>. Je dis à ma conjointe, « une chance que je <u>tousse pas trop souvent parce que ça fait mal pas à peu près</u> ». Mais ce matin en me levant j'étais étourdi un petit peu.</p>	<p>Allergie Expression d'émotion</p> <p>Symptômes pour autre problème</p>
<p>Explication d'ordre général sur le problème (stress), nom d'un rx</p> <p>[90] Md : <u>J'ai l'impression, je pense que c'est plus le stress</u>. C'est exactement le site pour les maux de tête de tension. Les gens vont dire, « ça me fait mal là » et ça fait comme un bandeau périorbitaire. Je penserais que c'est plus ça. Surtout <u>que le Advil t'a soulagé un peu</u>. Si c'était les sinus, ça aurait pas aidé tes sinus, normalement.</p>	<p>Stress</p> <p>Nom de Rx</p>
<p>[91] Pt : <u>Bien, c'est le stress</u> mais c'est le fait de...</p>	<p>stress</p>
<p>sommeil</p> <p>[91]Le matin, quand tu te lèves, c'est normal que tu aies un petit peu mal parce que tu dors. <u>Mais je dors bien. Je dors super bien.</u></p>	<p>Qualité de sommeil</p>
<p>[92] Md : Tu te réveilles avec un mal de tête. Comme je te dis, là je vais surtout vérifier ta pression, mais ça, c'est bien correct. Alors ça marche.</p>	
<p>Rédaction d'ordonnance. Teneur de rx. Présentation du médicament,</p> <p>[92]Je vais aller chercher <u>une prescription</u> de l'autre bord. Attends une minute. <u>C'est du 200 ou du 100 que tu prends déjà?</u></p>	<p>Posologie</p> <p>Teneur de Rx</p>
<p>[93] Pt : Ah, <u>je sais pas.</u></p>	<p>Présentation de Rx</p>
<p>[94] Md : <u>C'est quelle couleur? Brun café au lait, ou brun chocolat, la chose en dedans?</u></p>	
<p>Teneur et puissance du Rx</p> <p>[95] Pt : <u>C'est 200. Tout est quatre fois plus fort.</u></p> <p>[97] Md : Oui.</p>	<p>Puissance</p>
<p>Expression d'inquiétude du risque. Attitude du Md</p> <p>[98] Pt : <u>Est-ce que c'est correct que je le prenne comme ça, ou si c'est vraiment pas bon, je vais créer une habitude?</u></p> <p>[99] Md : <u>Tu créeras pas une habitude.</u> Écoute, <u>je suis surpris que ça marche, mais si ça marche...</u></p>	<p>Prise de rx Crainte d'accoutumance Expression d'inquiétude</p> <p>Attitude Md (doute sur)</p>
<p>Attitude du patient (conviction d'efficacité du produit)</p> <p>[100] Pt : <u>Je te dis que ça marche!</u></p> <p>[101] Md : <u>Si ça marche, je vais te le laisser</u>, c'est certain, <u>parce que je veux pas te prescrire quelque chose qui marche pas. En crise d'asthme, ça aide pas. Mais là tu le prends avant.</u></p> <p>[102] Pt : <u>Ah non, en crise d'asthme, ça aide pas pantoute.</u></p>	<p>Attitude Pt (conviction)</p> <p>Prescription (décision partagée) Mise en garde Précision sur prise Rx</p>

<p>Posologie de prise [103] Md : <u>Alors avant le match, tu peux le prendre.</u></p> <p>Mode d'utilisation [104] Pt : <u>Bien, je l'ai pas pris les deux, trois dernières semaines parce que je savais qu'il ne m'en restait presque plus. J'en prenais juste deux à peu près une heure avant le game et j'étais correct. Habituellement je vais le commencer à partir du jeudi soir et le vendredi matin et le vendredi...</u></p> <p>Rédaction d'ordonnance . Avis général sur médicament par le Md. Instruction de posologie [105] Md : <u>Une boîte c'est 15 disques. Tu en veux combien de disques? Cinq disques, disons?</u> [106] Pt : <u>Bien, je vais bien me pogner une boîte.</u> [107] Md : <u>Alors 120 disques. Là j'ai écrit deux inhalations trois fois par jour parce que la fille comprendra pas ça, « au besoin » et elle va m'appeler. Alors prends-le comme tu fais là.</u></p>	<p>Moment de prise</p> <p>Motif de cessation de prise Utilisation du rx Prise de Rx</p> <p>Présentation et forme pharmaceutique</p> <p>posologie</p> <p>Prescription de Rx</p>
<p>3)Entrevue 551 durée d'entretien : 7 minutes</p> <p>Histoire de maladie actuelle. symptômes [2] Pt : <u>J'ai commencé une grippe, ou je sais pas quoi. J'ai commencé par avoir mal à la gorge la semaine passée.</u> [3] Md : <u>Oui.</u> [4] Pt : <u>J'ai pas fait de fièvre, ou si peu, puis j'ai commencé à tousser après. C'est surtout la nuit, mais dans la journée ça va arriver, c'est comme des chaleurs et ça vient que ça pique ici. C'est tout sec, là.</u></p> <p>Nom de rx. Délai de péremption? Posologie de prise [4] ... <u>Il me restait du Ventolin chez nous, mais je pense qu'il était passé date un petit peu. J'ai pris ça. Et j'avais aussi du sirop, Chloritidin, contre la toux. J'ai pris ça pendant deux jours, mais pas à heures régulières, peut-être deux, trois fois du Ventolin, et le sirop à peu près la même chose, deux, trois fois depuis lundi</u></p> <p>Exploration des symptômes et expression d'inquiétude [4] ... <u>Ce matin j'ai toussé et j'ai craché du sang et j'ai mouché du sang. Je sais pas si c'est le médicament qui pourrait...</u> [5] Md : <u>C'était du crachat dans lequel il y avait des filets de sang?</u> [6] Pt : <u>Pas des filets. J'ai craché un bon...</u> [7] Md : <u>Un caillot rouge?</u> [8] Pt : <u>Oui. Et j'ai mouché un moment donné du sang.</u> [9] Md : <u>Combien de fois vous avez craché du sang?</u> [10] Pt : <u>Deux fois.</u></p>	<p>Symptômes</p> <p>Fièvre, toux Bouffée de chaleur Piquant Sec</p> <p>Nom Rx, Ventolin Prise de Rx périmé ? Nom Rx contre toux Détails de prise de Rx</p> <p>Symptômes aggravés Expression inquiétude</p> <p>Description des expectorations</p>

<p>[11] Md : Mais une <u>petite quantité</u>.</p> <p>[12] Pt : Bien... <u>la quantité d'un crachat</u>.</p> <p>[13] Md : <u>Un crachat. C'est pas la moitié d'un verre de Styrofoam, là</u>.</p> <p>(MÉDECIN SORT ET REVIENT)</p> <p>expression d'inquiétude, lassitude</p> <p>[22] Pt: <u>Je me sens pas plus fatigué que d'habitude, je suis capable de faire mes affaires</u>.</p> <p>[23] Md : <u>Respirez fort par la bouche. Là l'examen est normal. Je vais vous faire la (1 MOT INAUDIBLE) du poumon et on va voir.</u></p> <p>Explication des mécanismes physiopathologiques et la cause hypothétique du symptôme inquiétant</p> <p>[23] Md...<u>La première cause de crachat de sang, c'est la bronchite. C'est la cause la plus, plus, plus fréquente. Bien sûr qu'il faut vérifier, il faut être prudent.</u></p> <p>Tabagisme</p> <p>[23] Md...<u>mais... fumez-vous?</u></p> <p>[24] Pt : <u>Oui</u>.</p> <p>[25] Md : <u>Combien par jour?</u></p> <p>[26] Pt : <u>Un bon paquet.</u></p> <p>[27] Md : <u>Parfait</u></p> <p>Hypothèses diagnostiques</p> <p>[27].... En tout cas, <u>le plus probable c'est que vous avez une bronchite</u>. Et le <u>traitement en sortant d'ici, ça va être certainement le traitement pour la bronchite</u>. Mais il va y avoir lieu de faire une vérification pour s'assurer qu'on trouve rien. <u>Il faut pas se le cacher, un cancer aussi ça peut faire saigner. Mais c'est certainement pas le plus probable dans le contexte, surtout que...</u></p> <p>[28] Pt : Comme je vous dis, depuis <u>que je suis venu voir le Dr L..., il a décidé de me faire passer un rayon-X du colon et la caméra</u></p> <p>Expression d'inquiétude, demande d'être rassuré</p> <p>[28] ...<u>disons que j'ai toujours dans la tête que ça peut être cette affaire-là. Et là, en voyant du sang aujourd'hui, bien, c'était rien pour me...</u></p> <p>[29] Md : <u>Pour vous rassurer.</u></p> <p>[30] Pt : <u>Pour me rassurer.</u></p> <p>Explication des mécanismes physiopathologiques et counseling</p> <p>[31] Md : D'un autre côté il est <u>bien possible et même probable qu'il y ait aucun rapport entre les deux. Le crachat de sang, vous l'auriez eu de toute façon à cause de votre bronchite. Écoutez, vous avez eu mal à la gorge, vous toussiez depuis quelques jours. Vous avez un contexte.</u></p> <p>[32] Pt : Hm, hm.</p>	<p>Inquiétude : lassitude</p> <p>Examen normal Demande de radiographie</p> <p>étiologie de crachat</p> <p>Fumée Quantité</p> <p>Bronchite Traitement de la bronchite Autre cause de saignement : cancer</p> <p>Contextualité des signes</p> <p>Rappel sur une visite médicale précédente</p> <p>Expression d'inquiétude Être rassuré</p> <p>Explication sur les mécanismes pathologiques Rappel des symptômes</p>
--	---

[14] Pt : Pouvez-vous me <u>le renouveler pour un an</u> ?	Temps de renouvellement
[15] Md : Oui. Moi je fais toujours ..	
[16] Pt : Ouais.	
[17] Md : <u>Quand c'est un médicament que vous utilisez de façon régulière, que vous utilisez de façon habituelle, que vous connaissez bien, je le renouvelle toujours pour un an. Novo-Salmol. C'est du Ventolin, ça. Euh...</u>	Utilisation habituelle Connaissance du rx Renouvellement Nom Rx : substitut Novo-Salmol= Ventolin
Vérification des antécédents personnels médicaux sur le problème	
[17] ... Une question. <u>Quand on s'était vu en 93, c'est moi qui vous avais vue et vous m'aviez dit que à ce moment-là vous traîniez une grippe. Vous m'aviez dit...</u>	Rappel des antécédents
Objection	
[18] Pt : <u>Là, on parle d'aujourd'hui!</u>	Objection
Utilisation antérieure du produit : posologie de prise, questions sur l'usage, vérification des informations (rappel des instructions) données précédemment	
[19] Md : Vous m'aviez dit, « <u>je dois prendre mon Ventolin au moins deux fois par jour depuis</u> ». Euh... Je sais pas si vous vous en rappelez, probablement pas, mais <u>je vous avais expliqué à ce moment-là que si on doit prendre du Ventolin plus de deux fois par jour, plus de deux jours de suite, pour une grippe ou d'autres raisons, c'est que le Ventolin seul ne suffit pas comme traitement dans ce temps-là.</u>	Posologie de prise de Rx Explication sur la bonne prise de Rx, combinaison de Rx
[20] Pt : Hum, hum	
[21] Md : Oui. Je sais pas si vous vous rappelez de ça, mais <u>j'avais marqué d'ajouter du Pulmicort à ce moment-là. C'est une pompe que je vous avais donnée. Elle était brune dans ce temps-là.</u>	Ajout d'un Rx Nom de rx : Pulmicort Rédaction ordonnance Présentation de Rx
[22] Pt : Oui.	
Directives (instruction de posologie)	
[23] Md : <u>Je sais pas si vous l'aviez faite prescrire, mais c'est ce qu'il faut faire.</u>	
[24] Pt : Oui, oui.	
Vérification de l'utilisation du médicament d'urgence :	
[25] Md : Là, si on prend ça en recul parce que ça fait 11 novembre 93 jusqu'à maintenant, ça fait deux ans et demi, est-ce que vous avez eu à ... est-ce que vous avez eu à utiliser <u>votre Ventolin seulement au besoin? ou vous l'utilisez régulièrement?</u>	Prise de Rx au besoin
[26] Pt : Euh... <u>non, au besoin.</u>	Posologie de prise au besoin
Mode d'utilisation : en quelles circonstances?	
[27] Md : Ouais. Et c'est quand, <u>les circonstances qui justifient les besoins?</u>	
[28] Pt : Peut-être... je sais pas parce que... Je <u>pense bien que ça doit être,</u>	Circonstances justifiant les besoins

comme, <u>là si je fais une grippe là.</u>	Grippe
[29] Md : OK. <u>Si vous êtes grippée, vous en prenez plus.</u>	
[30] Pt : <u>Oui.</u>	
Activités physiques	
[31] Md : <u>Quand vous faites du sport.</u>	Activités sportives
[32] Pt : <u>Euh...</u>	
Contrôle de l'environnement	
[33] Md : <u>au froid ou au vent, des choses comme ça, à l'humidité?</u>	Froid, vent, humidité
[34] Pt : Ouais. <u>S'il fait très froid là.</u>	
[35] Md : <u>Le temps froid.</u> OK. <u>Là, vous le prenez au besoin.</u>	Posologie de prise de Rx
[36] Pt : Oui. j'étais allée, euh... une fois j'étais allé vous rencontrer à Saint-Jean-Baptiste.	
[37] Md : Hum.	
Renouvellement du médicament auprès du pharmacien et prescription par autre MD (Approvisionnement en médicaments)	Renouvellement par pharmacien
[38] Pt : Mais vous étiez pas là mais, ben écoutez , je veux dire, j'avais <u>supplié le pharmacien, il m'en avait donné</u>	
[39] Md : <u>Il vous en avait donné quand même.</u>	
[40] Pt : <u>Oui.</u>	
[41] Md : OK.	
[42] Pt : (Mots inintelligibles) C'était en 94, je pense. Et puis, <u>par la suite je suis allée euh.. voir une femme</u> , je ne sais pas son nom de famille, bon ben... là tu sais	Consultation médicale
[43] Md : Hum	
[44] Pt : <u>un médecin à Saint-Amable.</u> (intelligible) là	
[45] Md : Oui	
[46] Pt : Puis euh ... <u>il m'en avait prescrit une fois.</u>	Rédaction d'ordonnance
[47] Md : Oui. OK	
[48] Pt : Mais euh...là... <u>la dernière fois que je suis venue ici à la pharmacie</u> , je pense, la pharmacienne, que j'ai vu la dernière fois, <u>là elle m'a dit de venir vous voir.</u>	Visite à la pharmacie Prise de rendez-vous
Raisons de restrictions de renouvellement par le pharmacien	
[49] Md : Oui, <u>parce qu'elle a des problèmes avec le gouvernement si elle renouvelle des prescriptions qui sont plus vieilles que un an,</u>	Restrictions administratives
[50] Pt : <u>Ouais.</u>	
[51] Md : C'est elle <u>qui ramasse les amendes.</u>	pénalités (amendes)
[52] Pt : Ah oui?	
[53] Md : Bien oui. C'est pour ça qu'ils sont plus sévères.	
[54] Pt : Parce que je... tu sais euh... la fille exigeait que j'aie un rendez-vous	

<p>[55] Md : Oui.</p> <p>[56] Pt : ou que vous appeliez.</p>	
<p>Renouvellement de prescription</p> <p>[57] Md : Alors là <u>la prescription est faite pour un an</u>. Mais on va <u>compléter quelques petites choses</u>. (mots inaudibles)</p> <p>[58] Pt : Oui.</p>	<p>Rédaction d'ordonnance</p>
<p>Tabagisme : exploration de</p> <p>[59] Md : Euh... <u>Est-ce que vous fumez?</u></p> <p>[60] Pt : Euh... <u>pas beaucoup</u>.</p> <p>[61] Md : Non, <u>oui alors</u></p> <p>[62] Pt : <u>Oui</u></p> <p>[63] Md : <u>C'est oui ou non</u>.</p> <p>[64] Pt : Bien, <u>là je ne veux plus fumer</u>.</p> <p>[65] Md : Le nombre, c'est quoi? Le nombre, c'est quoi?</p> <p>[66] Pt : Bien, pas cette semaine là. Mais...</p> <p>[67] Md : (mots inaudibles). Je connais l'histoire.</p> <p>[68] Pt : C'est <u>deux, trois cigarettes par jour</u>.</p> <p>[69] Md : OK. <u>Trois cigarettes par jour?</u></p> <p>[70] Pt : Hum.</p> <p>[71] Md : Là... <u>en 93 vous en fumiez combien?</u> Vous rappelez-vous?</p> <p>[72] Pt : <u>Pas ben plus que ça</u>.</p> <p>[73] Md : <u>C'est pas mal pareil, hein?</u></p> <p>[74] Pt : Hum.</p> <p>[75] Md : C'est ça qui <u>est marqué dans le dossier</u>.</p> <p>[76] Pt : Oui. ... <u>J'ai jamais augmenté</u>.</p> <p>[77] Md : <u>Avez-vous des fumeurs dans votre entourage?</u></p> <p>[78] Pt : <u>Oui, c'est ça. C'est ça</u>.</p> <p>[79] Md : Ah !</p> <p>[80] Pt : <u>J'ai commencé par... Moi, j'ai un restaurant</u></p> <p>[81] Md : OK</p> <p>[82] Pt : puis euh... puis <u>mon conjoint fume, ce qui fait que....</u></p> <p>[83] Md : <u>Vous êtes exposée à la fumée?</u></p> <p>[84] Pt : <u>Oui</u></p> <p>[85] Md : OK.</p>	<p>Fumer la cigarette quantité de tabac</p> <p>Cessation de fumer (attitude)</p> <p>Nombre de cigarettes par jour</p> <p>Rappel de tabagisme</p> <p>Note au dossier</p> <p>Exposition secondaire</p> <p>Style de vie</p> <p>Environnement familial</p> <p>Conjoint fumeur (tabagisme secondaire)</p>
<p>Tabagisme : attitude (prise de position, engagement) vis-à-vis du tabagisme</p> <p>[86] Pt : Ben ... <u>je devrais être capable d'agir par moi-même</u>.</p> <p>[87] Md : <u>Idéalement ce serait pas une mauvaise affaire</u>.</p> <p>[88] Pt : Hum.</p>	<p>Résolution à cesser de fumer</p>
<p>symptômes</p> <p>[89] Md : Mais là actuellement quand on parle <u>de Ventolin</u>, on parle de</p>	

<p>grippe, quand <u>vous êtes grippée et que vous êtes essoufflée</u>, vous <u>sentez-vous en détresse</u>, ou simplement un peu inconfortable? Comment vous qualifieriez <u>ça</u>?</p>	<p>symptômes Grippe Essoufflement Détresse Inconfort</p>
<p>sommeil</p>	
<p>[90] Pt : <u>Au coucher</u>, euh... <u>en détresse</u>, oui.</p>	
<p>[91] Md : OK</p>	<p>Sommeil</p>
<p>[92] Pt : Si j'ai pas mon Ventolin, là...</p>	
<p>[93] Md : <u>Êtes-vous bonne pour la nuit après?</u></p>	<p>Prise de Ventolin</p>
<p>[94] Pt : <u>Ordinairement oui</u>.</p>	
<p>[95] Md : Oui? O.K.</p>	
<p>Infections IVRS</p>	
<p>[96] Pt : Quand <u>je suis grippée</u>, là?</p>	
<p>[97] Md : Oui.</p>	<p>Infection IVRS</p>
<p>[98] Pt : Oui.</p>	
<p>[99] Md : OK.</p>	
<p>[100] Pt : Oui.</p>	
<p>[101] Md : <u>Quand vous êtes grippée, une inhalation de Ventolin au coucher là, ça va souvent suffire pour vous permettre une bonne nuit?</u></p>	<p>Coucher, moment de prise de Rx</p>
<p>[102] Pt : Oui.</p>	
<p>[103] Md : O.K...Bon</p>	
<p>Explication générale sur l'état fonctionnel (fatigue)</p>	
<p>[104] Pt : Non ben disons...je, quand j'ai .. <u>moi j'ai remarqué que quand c'était dû aussi au surmenage</u>.</p>	<p>Surmenage</p>
<p>[105] Md : Oui. C'est...</p>	
<p>[106] Pt : Là, <u>le matin pour repartir, je n'arrivais pas</u>.</p>	<p>Symptômes au réveil</p>
<p>[107] Md : <u>Quand vous êtes plus fatiguée?</u></p>	
<p>[108] Pt : Ouais.</p>	
<p>[109] Md : <u>Pas nécessairement quand vous êtes grippée</u>. Venez de l'autre côté, on va mettre votre dossier à jour un petit peu,</p>	
<p>[110] Pt : Ouais.</p>	
<p>[111] Md : avec la pression, le poids, tout ça. (Intelligible)</p>	<p>Utilisation optimale de Rx</p>
<p>[112] Pt : Hum, hum</p>	
<p>[113] Md : On va mettre tout en place. <u>Je vous demande tout ça parce que je veux être sûr que le Ventolin est suffisant</u></p>	<p>Ventolin suffisant?</p>
<p>Plan de traitement</p>	
<p>[114] Pt : Ouais, ouais. Hum, hum.</p>	
<p>[115] Md : Comme je vous ai dit, <u>si jamais vous vous apercevez que deux, trois jours consécutifs, il faut plus que deux, trois inhalations de Ventolin, là vous vous en allez vers un problème de respiration plus sévère, donc il faudrait ajouter une autre pompe</u>.</p>	<p>Rappel du plan de traitement</p>
<p>[116] Pt : Hum</p>	<p>Ajout d'un Rx</p>

<p>[117] Md : Dans ce temps-là vous pouvez me téléphoner et j'appelle directement chez Charles Paradis à Saint-Jean-Baptiste.</p> <p>[118] Pt : Ah ouais?</p>	Contact par téléphone
<p><i>Examen physique et abord d'autres problèmes médicaux</i></p> <p>M : OK. Maintenant ce qu'on va faire, euh... je vais prendre ça en note. OK? (mot inaudible)</p>	
<p>Bruits.</p>	
<p>symptômes</p> <p>[231] Pt : <u>J'ai des sécrétions</u>, là. Et puis euh...</p>	Sécrétions
<p>Explications du Md sur les mécanismes physiopathologiques : inflammation bronchique, sécrétions, rétrécissement, interaction avec le tabagisme</p> <p>[232] Md : Bien, <u>l'asthme vous donne un peu de sécrétions.</u></p> <p>[233] Pt : Ouais. Mais là ...</p> <p>[234] Md : <u>Si vous êtes grippée, vous allez en avoir un petit peu plus</u></p> <p>[235] Pt : Ouais.</p>	Explication des mécanismes physiopathologiques
<p>[236] Md : Parce que <u>l'asthme c'est un état d'hypersensibilité des bronches. La bronche est plus sensible à des <i>enroulements</i> (mot inaudible) auxquelles vous êtes allergénique. ou des fois à de l'humidité, ou à un effort, ou à de la fumée, à toutes sortes de choses. Si je mets le microbe de la grippe qui s'en va là-dedans, lui va irriter tout ça aussi.</u></p> <p>[237] Pt: Hum.</p> <p>[238] Md : <u>Alors ça augmente encore mon irritation dans les bronches. Alors à ce moment-là je vais avoir plus de crachats, plus de mucus. C'est un peu normal. Trois cigarettes, c'est pas la mer à boire, mais ça vient s'ajouter à ça en plus. Parce que...</u></p>	Facteurs déclenchants Allergie Humidité effort, Fumée Irritation bronchique Crachats Mucus Tabac
<p>[239] Pt : Ouais.</p> <p>[240] Md : <u>à ce moment-là, si vous avez des crachats mais qui sont des crachats blanchâtres, que vous ne faites pas de température, vous n'avez pas de détresse respiratoire, que vous ne vous sentez pas de plus en plus malade, ben, une grippe c'est six à sept jours.</u> Alors on attend qu'elle passe.</p> <p>[241] Pt : Hum, hum.</p>	IVRS, grippe
<p>Suivi et complément des signes inflammatoires</p> <p>[242] Md :. Si ça dure plus longtemps... Là <u>vous allez voir d'ici la fin de la semaine.</u></p> <p>[243] Pt : Là, <u>moi j'ai pas de sécrétions blanchâtres,</u></p> <p>[244] Md : Hum</p> <p>[245] Pt : J'ai <u>des sécrétions verdâtres.</u></p> <p>[246] Md : Elles sont <u>verdâtres?</u></p>	Suivi Description des sécrétions Sécrétions verdâtres

<p>[247] Pt : <u>Oui.</u></p> <p>[248] Md : ...<u>puis à chaque fois que vous crachez vous avez des sécrétions épaisses?</u></p> <p>[249] Pt : Ouais.</p> <p>[250] Md : <u>Ça a commencé depuis quand votre grippe?</u></p> <p>[251] Pt : <u>Ça fait peut-être une semaine.</u></p> <p>[252] Md : Une semaine. <u>Et le nez, ça ne mouche pas du tout? Ça ne coule pas du tout?</u></p> <p>[253] Pt : <u>Oui, oui, je me mouche.</u></p> <p>[254] Md : <u>Clair, ou épais?</u></p> <p>[255] Pt : <u>Épais.</u></p> <p>[256] Md : Épais aussi. <u>Avez-vous mal à la tête en vous penchant?</u></p> <p>[257] Pt : <u>Non.</u></p>	<p>Grippe</p> <p>Symptômes d'IVRS (grippe?)</p> <p>Exploration des symptômes</p>
<p>Exploration des symptômes, révision des systèmes</p> <p>[258] Md : <u>Sentez-vous que vous avez mal aux dents, mal aux joues, mal dans les oreilles un petit peu?</u></p> <p>[259] Pt : Oui, un peu. Mais là...</p> <p>[260] Md : Un peu à quelle place? À quelle place? Les joues surtout?</p> <p>[261] Pt : Un peu...</p> <p>[262] Md : Les oreilles surtout?</p> <p>[263] Pt : Oui.</p> <p>[264] Md : Là vous êtes moins, vous dites.</p> <p>[265] Pt : Là c'est moins pire. Donc</p> <p>[266] Md : Regarde...</p> <p>[267] Pt : ... j'ai mis du Polysporin, là.</p>	<p>Rx</p>
<p>Suite exploration des symptômes</p> <p>[268] Md : Ouais. OK. Parce que si je vous dis : parlez-vous de vos oreilles qui sont moins pires, ou c'est la toux, les sécrétions et tout ça?</p> <p>[269] Pt : Euh... l'oreille.</p> <p>[270] Md : Ouais. Le reste euh... je veux dire, ça n'a pas changé?</p> <p>[271] Pt : Ouais. ...Non. J'étais allée me chercher du sirop à la pharmacie.</p> <p>[272] Md : Ouais, et puis?</p> <p>[273] Pt : Euh ... c'est moins pire,</p> <p>[274] Md : Oui.</p> <p>[275] Pt : sauf que peut-être que c'est trop fort parce que j'ai pris quelque chose avec du DM.</p> <p>[276] Md : le DM, c'est pour la toux.</p> <p>[277] Pt : Aaaah!</p> <p>[278] Md : l'idéal, c'est ...On dit sept jours. Vous sentez-vous plus fatiguée que vous l'étiez au début? Ou ça a pas empiré? Ou ça a l'air à aller en s'améliorant? Je parle de fatigue surtout, là.</p> <p>[279] Pt : Ça s'améliore pas tellement là. À part...</p>	<p>Pas de besoin d'antibiotiques</p> <p>Explication sur la durée de la grippe</p>

<p>[280] Md : Est-ce que ça empire? Ça empire?</p> <p>[281] Pt : Non.</p> <p>[282] Md : Regarde... si</p> <p>[283] Pt (Superposition) : Mots inaudibles.</p> <p>[284] Md. Ouais. Mais si ça n'empire pas, il y a pas de température, même s'il y a des crachats verdâtres un peu, ça veut pas dire nécessairement que vous avez besoin d'avoir des antibiotiques.</p> <p>[285] Pt : Ouais, mais</p>	<p>Empirer</p>
<p>Recommandations (counseling) par rapport au tabagisme, les activités physiques</p> <p>[286] Md : <u>L'idéal c'est bien plus d'enlever la fumée complètement, de mettre le nez dehors régulièrement, je sais pas si vous le faites dans la journée, aller marcher dehors au moins une demi-heure le matin et une demi-heure l'après-midi. Correct? Ça, ça aide à s'oxygéner.</u></p> <p>[287] Pt : Hum, hum.</p> <p>[288] Md : <u>Ça va être bon pour dégager,</u></p> <p>[289] Pt : Ouais.</p> <p>[290] Md : <u>ça va être bon pour le nez, ça va être bon pour les poumons. Si vous fumez pas, ça va aider votre organisme à mieux se défendre. On est mercredi; avec ce que vous me contez là, moi je me donnerais encore quelques jours de recul.</u></p> <p>[291] Pt : Oui.</p>	<p>Evolution de grippe</p> <p>Tabagisme Cessation de tabac Activités physiques</p> <p>Oxygéner</p> <p>Dégagement</p> <p>Amélioration souhaitée</p>
<p>Suivi</p> <p>[292] Md : <u>Et si ça se passe vraiment pas, au début de la semaine décrochez tout de suite là un coup de fil et là on en parlera.</u></p> <p>[293] Pt : Hum</p> <p>[294] Md : Et moi je te donnerai un rendez-vous.</p>	<p>Conduite à tenir si persistance des symptômes.</p> <p>Suivi</p>
<p>Questionnement sur médicament : mode d'utilisation : moment de prise</p> <p>[295] Pt : Ouais. Le fait est que je... <u>que ça me prend absolument ma pompe le soir?</u></p> <p>[296] Md : <u>Bien, là vous êtes grippée. Si c'est... Prenez-vous votre pompe dans la journée parfois aussi?</u></p> <p>[297] Pt : Non.</p> <p>[298] Md : <u>Juste une fois le soir surtout?</u></p> <p>[299] Pt : Hum.</p> <p>[300] Md : <u>Et avec ça, ça fonctionne assez bien?</u></p> <p>[301] Pt : Oui.</p> <p>[302] Md : <u>Vous n'avez pas besoin d'autres choses.</u></p> <p>[303] Pt : <u>des fois surtout le soir.</u></p>	<p>Moment de prise Rx</p> <p>Grippe</p> <p>Moment de prise</p> <p>Effet sur les symptômes, action?</p>
<p>Counseling</p>	

<p>[304] Md : <u>Le soir. C'est assez... Je trouve ça bon. Si vous prenez ça comme ça actuellement là et qu'avec ça là vous êtes quand même assez stable et que c'est satisfaisant pour fonctionner dans la journée, moi je prends pas plus que ça.</u></p> <p>[305] Pt : <u>Ça se peut-tu comme... disons... j'ai de la misère à me lever, je me sens plus fatiguée.</u></p> <p>[306] Md : Hum?</p>	<p>Contrôle de la maladie (stabilité de l'état)</p> <p>État physique au réveil</p>
<p><u>5) entrevue 748</u> durée d'entretien : 14 minutes</p> <p><i>abord du problème de la glande thyroïde, de l'arthrose et de l'ostéoporose</i></p> <p>autres motifs de consultations discutés</p> <p>[89] Md : Est-ce qu'il y avait d'autres problèmes aujourd'hui? Ou si c'était surtout pour ça.</p> <p>Symptômes, diagnostic et rédaction d'ordonnance</p> <p>[90] Pt : La <u>côte me fait mal encore aujourd'hui</u>, mais je sais pas à quoi c'est dû. Bien, j'ai eu <u>une toux entre-temps</u>, depuis la dernière fois que je vous ai vu. J'ai eu <u>une toux qui durait, qui durait</u>. En fin de compte j'ai été voir un <u>médecin</u>. J'étais à Montréal. <u>J'ai été voir un médecin et il m'a donné de l'Amoxil parce que je faisais pas de pneumonie ni rien</u>. Mais il a dit, « on prendra pas de chance ». Alors il m'a donné de l'Amoxil. <u>Mais de temps en temps je tousse, j'ai encore des bonnes...</u></p> <p>[91] Md : Est-ce que <u>c'est moins pire que c'était?</u></p> <p>[92] Pt : <u>Oui, c'est moins pire, mais j'ai encore des bonnes quintes de toux de temps en temps</u>. Bien, je sais pas si ça pourrait pas être plutôt par rapport à l'asthme, que d'autres choses.</p> <p>[93] Md : Est-ce que ça cille?</p> <p>[94] Pt : <u>Ça cille pas. J'ai cillé au début, mais là je le sais pas.</u></p> <p>Examen physique, prise de Rx, évolution</p> <p>[95] Md : Je vais écouter pour voir.</p> <p>[96] Pt : En tout cas, le matin...</p> <p>[97] Md : Mais là ça va mieux. <u>Prenez-vous encore l'antibiotique?</u></p> <p>[98] Pt : <u>Non, je ne prends plus d'antibiotique.</u></p> <p>[99] Md : <u>C'est fini, là.</u></p> <p>Prise de Rx (Utilisation des β agonistes), forme pharmaceutique</p> <p>[100] Pt : Oui. Mais <u>quand je me mets à tousser trop, je prends la pompe bleue et le matin je prends la pompe bleue pour (2-3 mots inaudibles).</u> (Ils vont dans la salle d'examen)</p> <p>signe fonctionnel</p> <p>[101] Md : <u>Ça cille pas.</u></p>	<p>Autres problèmes</p> <p>Symptômes</p> <p>Consultation antérieure Prescription d'antibiotique Nom de Rx Diagnostic?</p> <p>Évolution de l'état</p> <p>Nom du problème (asthme)</p> <p>Signe fonctionnel</p> <p>Examen physique</p> <p>État présent: évolution Prise de Rx : antibiotique Fin de traitement</p> <p>Présentation de Rx</p> <p>Signe fonctionnel</p>

<p>Tests fonctionnels : vérification des connaissances sur l'utilisation du test</p> <p>[101] Md : <u>Je vais vous faire souffler. Vous savez comment ça marche?</u></p> <p>[102] Pt : <u>Oui, vous me l'avez expliqué l'autre fois.</u></p> <p>[103] Md : <u>Soufflez. Soufflez. C'est un peu bas, mais c'est pas...</u></p> <p>Mode d'utilisation de Rx: fréquence et moment d'utilisation</p> <p>[103] ... <u>Là les prenez-vous, vos pompes?</u></p> <p>[104] Pt : <u>Le matin, le soir ma brune et la bleue le matin.</u></p> <p>Explication générale sur les facteurs déclenchants, counseling</p> <p>[105] Md : <u>Il y a encore un peu d'asthme. On l'entend pas vraiment à l'écouter, mais on le voit avec ça. Donc quand vous faites une infection, une grippe, tout ça, c'est sûr que ça va être pire. À ce moment-là il faudrait peut-être augmenter à trois ou quatre fois par jour pendant une semaine ou deux, le temps que ça se stabilise, et là vous redescendez après.</u></p> <p>[106] Pt : O.K.</p> <p>[107] Md : <u>Actuellement c'est quand même pas si pire, mais c'est pas 100%. Ça se peut qu'il y ait encore un peu d'asthme qui vous achale de temps en temps.</u></p> <p>[108] Pt : O.K.</p> <p>Recommandations sur le contrôle, instruction de posologie</p> <p>[109] Md : <u>Si vous voyez que ça empire, ou que vous avez une grippe, là vous montez la pompe brune peut-être à quatre fois par jour pendant une semaine, ensuite trois fois pendant une semaine et vous descendez graduellement à deux fois par jour.</u></p> <p>(De retour dans le bureau) autres symptômes</p> <p>[110] Pt : O.K. <u>Et en même temps que cette grippe-là, j'ai eu des gros maux de tête. Ça a duré trois, quatre jours. Ça me tenait bien dur. C'était vraiment fatigant, ça.</u></p>	<p>Test fonctionnel : débit de pointe Explication du fonctionnement Résultat du débit</p> <p>Utilisation Rx Moment de prise</p> <p>État fonctionnel Facteurs favorisants: infection, IVRS Plan de traitement</p> <p>État fonctionnel État du problème</p> <p>Conduite à tenir pour contrôle du problème Plan de traitement</p> <p>Autres symptômes Maux de tête</p>
<p><u>6) entrevue 1019</u> durée d'entretien : 45 minutes</p> <p>[3] Md : <u>Qu'est-ce qui est arrivé?</u></p> <p>Histoire de la maladie actuelle Symptômes</p> <p>[4] Pt : <u>Tout m'a sorti. C'est incroyable. Ça a commencé par une extinction de voix, ensuite un feu sauvage et ensuite j'ai eu la grippe. Je pensais que c'était un virus. Bien, je suis allé à la clinique et ils m'ont donné un push-push pour le nez. Alors j'ai dit, je vais attendre un peu.</u></p>	<p>Extinction de voix Feu sauvage, grippe Infection virale Consultation en clinique Prescription de Rx Forme pharmaceutique (push-push nasal)</p>

<p>Rédaction d'ordonnance : Rx (forme pharmaceutique), diagnostic. Antibiotique (Nom de rx, classe pharmacologique)</p> <p>[5] Md : <u>Un push-push contre les allergies?</u></p> <p>[6] Pt : Bien, <u>c'est parce que j'avais le nez bouché. C'était ça. Mais là je suis pogné avec une sinusite et un début de pneumonie. Ils m'ont donné des antibiotiques, Ceflox. Ça fait quelques jours que je prends ça. Je commence à filer mieux. Mais ça fait à peu près un mois que j'ai toutes ces choses-là. Avec ce qui est arrivé en plus...</u></p> <p>[7] Md : C'est sûr qu'il peut y avoir un lien dans le sens où ça t'a rendu vulnérable.</p> <p>[8] Pt : Pas mal.</p> <p>.....</p>	<p>Rx contre les allergies Symptôme Sinusite, début de pneumonie Prise des antibiotiques Amélioration Durée de ces malaises</p>
<p>Allergie</p> <p>[42] Pt : Bien, de ce temps-ci je me sens moins souriant. C'est pas moral. C'est physique. C'est parce que c'est pas évident, c'est pas le fun. Tu te lèves et tu es pas en forme. <i>(le patient tousse beaucoup depuis le début de la consultation)</i> J'étais pas comme ça.</p> <p>[43] Md : Peut-être <u>qu'il y a de la poussière dans l'air.</u></p> <p>[44] Pt : C'est <u>rare que je tousse comme ça.</u> C'est parce que je parle, je parle, je parle.</p>	<p>Allergie</p>
<p>sommeil</p> <p>[45] Md : C'est ça. <u>Est-ce que tu dors bien? Est-ce que ton sommeil est bon?</u></p> <p>[46] Pt : Hm... <u>ça vient par périodes, je dirais. Il y a des périodes où aussitôt que je mets la tête sur l'oreiller, boom, je pars.</u> Il y en a d'autres, (INAUDIBLE), il fait chaud. Bien, c'est peut-être la température aussi qui fait ça.</p> <p>[47] Md : Mais est-ce que tu as <u>l'impression que tes soucis personnels affectent ton sommeil?</u></p> <p>[48] Pt : Euh... <u>oui, je pourrais dire oui.</u> Si je te disais non, je mentirais. Peut-être inconsciemment ça fait travailler (2-3 MOTS INAUDIBLES). Oui.</p> <p>[49] Md : Est-ce que tu as l'impression que ça te dérange dans ta vie actuellement? Est-ce que c'est assez pour perturber ton fonctionnement? Ou si c'est trop occasionnel pour ça.</p> <p>[50] Pt : <u>Au point de vue sommeil, non; mais peut-être au point de vue vie comme ça, là, oui.</u></p> <p>.....</p>	<p>Sommeil</p> <p>Perturbation fonctionnelle</p>
<p>activités physiques</p> <p>[108] Pt : <u>Cet été j'ai joué au hockey un peu, mais à part de ça, j'ai pas fait grand-chose. J'ai fait un peu de bicyclette.</u></p> <p>Antécédents personnels sur l'asthme</p> <p>[122] Pt : <u>Et j'étais asthmatique, jeune.</u> L'hôpital Ste-Justine, je l'ai connu.</p> <p>[123] Md : (INAUDIBLE) <u>une composante d'asthme.</u> C'était pour ça.</p>	<p>Jouer au hockey, faire du vélo</p> <p>Nom du problème Antécédents personnels</p>

<p>[124] Pt : <u>Des tentes d'oxygène et des choses comme ça, j'en ai vues.</u></p> <p>[125] Md : <u>Il y a des choses dans ton passé qui ont des répercussions.</u></p> <p>[126] Pt : <u>Ça fait mal. Le monde dit, « tu es tout le temps malade! » Et ils ont raison. Je suis tanné, là. J'en ai jusque là d'être tout le temps malade.</u></p>	
<p>tabagisme</p> <p>[127] Md : <u>Fumes-tu? Je me souviens pas.</u></p> <p>[128] Pt : <u>J'ai jamais touché à ça de ma vie. Mon père fumait beaucoup.</u></p>	<p>Tabagisme</p>
<p>Exploration des symptômes</p> <p>[129] Md : <u>Actuellement au niveau physique, là évidemment il y a ton problème respiratoire, est-ce que tu te sens essoufflé?</u></p> <p>[130] Pt : <u>Oui. Je vais te dire quelque chose, je pensais que je faisais une mononucléose parce que j'en ai faites deux à date.</u></p> <p>[131] Md : <u>Une mononucléose (INAUDIBLE). Tu peux en faire juste une.</u></p> <p>[132] Pt : <u>En tout cas, j'en ai fait une peut-être vers 16, 17 ans.</u></p>	<p>Exploration des symptômes</p> <p>Antécédent personnel de mononucléose infectieuse</p>
<p>Activités physiques</p> <p>[132] Pt : ... <u>J'ai essayé de faire des poids, bien, des poids légers parce que je veux engraisser, ça a pas d'allure.</u></p>	<p>Activités physiques</p>
<p>État général : amaigrissement</p> <p>[132] Pt : ... <u>Du monde que j'ai pas vu depuis deux semaines me dit, « mon dieu, tu maigris, tu me fais peur ». (INAUDIBLE).</u></p>	<p>Expression d'inquiétude sur l'amaigrissement</p>
<p>Exploration des symptômes</p> <p>[133] Md : <u>Est-ce que tu te sens serré dans ta respiration?</u></p> <p>[134] Pt : <u>Oui. Surtout avant de me coucher.</u></p>	<p>Symptômes</p>
<p>Prise des Rx : utilisation des β agonistes</p> <p>[136] Pt : <u>Non, je penserais pas. Au début, oui, mais là avec les pilules ça s'en vient. C'est quand je me couche et que je prends le Ventolin...</u></p> <p>[137] Md : <u>En prends-tu actuellement?</u></p> <p>[138] Pt : <u>Bien, là j'en prends parce que je file pas. Quand je me couche c'est serré.</u></p>	<p>Prise de Rx Sommeil</p>
<p>Attitude/émotion vis-à-vis des Rx</p> <p>[138] Pt : ... <u>Je devrais pas en prendre parce que je trouve que ça sert à rien. C'est inutile. J'ai juste à attendre. C'est psychologique plus que d'autre chose.</u></p>	<p>Découragement État psychologique</p>
<p>Suite de l'exploration sur les symptômes</p> <p>[139] Md : <u>Est-ce que tu craches quelque chose? Est-ce qu'il y a quelque chose qui sort?</u></p> <p>[140] Pt : <u>J'ai craché pendant une semaine et demie. C'est incroyable.</u></p> <p>[141] Md : <u>Est-ce que c'est coloré?</u></p>	<p>Exploration des symptômes</p> <p>Crachats vert foncé fièvre</p>

[142] Pt : C'était <u>vert foncé</u> .	
[143] Md: As-tu <u>fait de la fièvre</u> ?	
[144] Pt : <u>Je crois que oui</u> .	
Mode d'utilisation des Rx, consultation médicale	
[144] Pt:...J'étais <u>allé dans une clinique</u> sur le chemin Chambly et elle m'avait donné ça. Elle a dit, « <u>c'est sûrement un virus</u> . Je <u>vais te donner un décongestionnant</u> (1 MOT INAUDIBLE) <u>cortisone</u> . Je me souviens pas du nom. (INAUDIBLE). J'y ai été samedi <u>il y a deux semaines</u> . Et jeudi passé j'ai recommencé (INAUDIBLE) j'ai dit, ça se peut pas, voyons donc! Là je <u>suis allé voir le médecin</u> . J'ai <u>passé des radiographies le même soir</u> . <u>Il m'a dit que j'avais une sinusite avec un début de pneumonie</u> .	Consultation en clinique Prise de Rx : décongestionnant à base de cortisone Évolution de l'état de santé Tests paracliniques Sinusite, pneumonie
.....	
Symptômes	
[149] Md : As-tu <u>des sécrétions qui coulent derrière la gorge</u> ?	
[150] Pt : (INAUDIBLE) <u>une toux sèche</u> (INAUDIBLE) ma salive, tout ça (INAUDIBLE).	Symptômes
[151] Md : <u>Est-ce qu'il y a d'autres choses</u> à part ça qui t'inquiètent au niveau physique actuellement?	
[152] Pt : Non.	Autres problèmes?
.....	
Prescription : raisons	
[196] ... Md : La seule chose, actuellement tu tousses beaucoup. Est-ce que chez toi tu tousses beaucoup comme ça?	
[197] Pt : Non. Du tout, du tout.	
[198] Md : C'est peut-être ici qu'il y a quelque chose.	environnement
[199] Pt : Chez nous, plus ça va, plus je trouve que...	
[200] Md : Ça s'améliore?	
[201] Pt : Ah oui, ah oui.	contrôle d'environnement
[202] Md : Sinon je <u>t'aurais rajouté des pompes, Ventolin et Beclofort</u> . Mais si tu tousses pas comme ça, c'est probablement qu'ici il y a quelque chose qui te... Là tu <u>vas faire deux semaines comme ça</u> .	
stress	
[203] Pt : J'ai remarqué que quand je mange pas beaucoup, on dirait que la toux part. Hier soir je toussais un peu. J'ai bien soupé. <u>C'est peut-être juste l'énervement</u> .	Nom Rx
[204] Md : Oui, il y a <u>peut-être ça</u> ici.	
[205] Pt : Pour te jaser, tout ressortir encore ça. J'ai hâte de passer à une autre étape, mais ça reste là quand même.	
[206] Md : Mais ça fait partie du processus de digestion, digérer ce qui t'est arrivé.	
Rx : nom, forme pharmaceutique, présentation	
[206] Md : Tu m'as dit qu'elle t'avait donné un <u>push-push nasal</u> .	

<p>[207] Pt : Oui. C'est...</p> <p>[208] Md : T'<u>en sers-tu encore?</u> <u>Nasacar, Aquacor, Inocor?</u></p> <p>[209] Pt : Non.</p> <p>[210] Md : <u>Flonase?</u> <u>Comment est la bouteille?</u></p> <p>[211] Pt : <u>Brune et orange.</u></p> <p>[212] Md : <u>Beconase.</u></p> <p>[213] Pt : Oui, c'est ça.</p>	<p>Push push nasal forme pharmacologique Nom Rx</p>
<p>Attitude (encouragement) à prendre Rx. Instruction posologie</p> <p>[214] Md : Ça, <u>ça serait bon que tu le prennes.</u></p> <p>[215] Pt : Oui?</p> <p>[216] Md : Est-ce qu'il t'<u>en reste?</u></p> <p>[217] Pt : Ah oui, il m'en reste beaucoup.</p>	<p>Présentation de Rx</p> <p>Encouragement à prendre</p>
<p>[218] Md : <u>Deux inhalations.</u></p> <p>[219] Pt : <u>Une dans chaque narine.</u></p> <p>[220] Md : C'est ça. <u>Deux inhalations, pas une. Deux inhalations dans chaque narine matin et soir.</u></p> <p>Reconsultation, suivi</p> <p>[220]... Md : <u>Fais-le d'ici à ce que je te revoies.</u></p>	<p>Rédaction d'ordonnance</p>
<p>Explications : allergie</p> <p>[220] ... Md Parce qu'on voit qu'il y a <u>un peu d'allergie qui te congestionnes les muqueuses.</u> Ça va t'<u>aider à libérer ta sinusite.</u> Tu <u>continues tes antibiotiques.</u></p>	<p>Allergie Continuer la prise de Rx (antibiotique)</p>
<p>Suivi</p> <p>[220] Md : <u>Je te revois dans deux semaines</u> pour voir comment ça va aller. Ça devrait aller beaucoup mieux.</p> <p>[221] Pt : Oui?</p>	<p>Suivi</p>
<p>Counseling</p> <p>[222] Md : <u>Hydrate-toi beaucoup. Essaie de bien manger, sainement. Et repose-toi le plus possible.</u></p> <p>.... (...)</p> <p>support , encouragement,</p> <p>[235] Pt : O.K. Il y a des choses qui sont pas évidentes.</p> <p>[236] Md : Non. <u>Il faut être combatif, hein?</u></p>	<p>counseling directives pour une vie saine</p> <p>encouragement</p>
<p>Prise de Rx</p> <p>[237] Pt : Oui. C'est ça, j'ai combattu physiquement tout le temps. <u>L'asthme s'en va. Quand je file pas, je prends mon Ventolin, mais le Ventolin peut durer un an.</u></p> <p><i>Fin brusque de l'entrevue.</i></p>	<p>Prise de Rx Durée de produit; péremption?</p>

Annexe 4

Séquences des verbatim des entrevues complémentaires.

Annexe 4

Séquences de verbatim des entretiens complémentaires

2002

Après avoir échangé sur la raison principale de la consultation qui est les résultats de la dernière prise de sang (tégrétolémie, hypercholestérolémie et une légère leucopénie), le suivi du problème d'épilepsie et d'une suspicion d'infection urinaire, la patiente initie le propos sur l'asthme

Pt : Une dernière petite question : c'est que j'ai entendu parler pour l'asthme de Singulier... est-ce que vous pensez que ce serait bon pour moi? Bien.. parce que je trouve qu'avec les pompes -là, je perds la voix le matin... mais avec le médicament . Je parle avec une petite voix (patiente tousse) et je dois dégager... je me suis demandé que le médicament ... enfin

Md : Vous devez savoir les médicaments que vous prenez. Vous prenez de l'Advair?

Pt : Oui

MD :Une fois par jour?

Pt :Mais mon problème c'est que je suis une asthmatique qui s'ignore. Quand je n'en ai pas besoin, je n'en prends pas! Quand j'en ai besoin, mais là je cours après ma pompe.

Md : Vous ne le prenez pas tous les jours?

Pt Non

Md ...

Pt (rire) Non

Md : Est-ce que ça vous dérange?... Donc cette semaine, vous avez pris combien de fois votre pompe?

Pt : Euh... cette semaine .. euh j'ai pris au moins ... deux fois parce que je ne me sentais pas bien

Md : Lequel vous avez pris, le Ventolin ou l'Advair?

Pt : Le combiné... combiné, rose là

Md : L'Advair.

Pt : Ah oui! J'ai pris ça.

MD : Le Ventolin, comment le prenez-vous?

Pt : Euh... J'ai toujours le Ventolin sur moi. Mais je le prends juste... Un médecin m'avait dit : "Prenez- le juste quand vous sentez que quelque chose va plus ou moins là. Pas tous les jours." On ne prend pas ça tous les jours... le bleu là.

Md : Hum

Pt : " Prenez-le quand euh...vous vous sentez....comment dire (soupir)...pas bien là

Md OK. Cette semaine, combien de fois ... hum... comment est-ce que vous vous décidez de prendre le Ventolin ou l'Advair?

Pt : Je le prends parce que ça agit quand même. Puis l'autre, le Ventolin, ben je l'ai pris le matin quand même avant de venir... C'était bien.

Md : La nuit, est-ce que ça vous arrive de vous réveiller?

Pt : Pas sûr. Mais le matin là, je mouche pas mal. Pourtant j'ai mis du.. C'est le Dr K... qui m'avait conseillé ça. Puis je l'ai fait, j'ai mis un couvre-matelas, un couvre-oreiller anti-acarien

Md : OK

Pt : Oui. Ça, ça m'a aidé beaucoup, beaucoup..

Md : Avez-vous été absente de votre travail à cause de votre asthme au cours de trois derniers mois?

Pt : non

Md : Avant de changer vos médicaments avec les pilules, il faut diminuer les raisons qui provoquent l'allergie, les acariens, le chat...()

Md : Avez-vous déjà eu comme une séance d'information sur l'asthme?

Pt : euh ... au travail.... Mais ça fait... ça

Md : Ça serait quelque chose que vous pourriez faire?

Pt : Ben, probablement ... Probablement parce que je ne sais pas vraiment, je lis des choses sur l'asthme là...

Md : Hum

Pt : mais je n'accepte pas la maladie. Hein?

Md :...(silence)

Pt : Qui... qui accepterait ça? C'est... moins pire que le cancer-là, mais c'est une maladie pareille

Md : mais on a beaucoup de médicaments pour le contrôler

Pt : Oui

Md : Puis en contrôlant l'environnement, on gagne de... la maladie; comme vous ne fumez pas..

Pt : oui.... Comme j'ai des personnes qui fument, je m'en vais travailler... la personne fume

Md : la personne au travail?

Pt : Oui, moi je suis auxiliaire familiale, alors je me déplace de maison en maison

Md : Ok

Pt : Dans ce temps là (rire) je n'ai aucune façon... tu sais... je dis que vous pourrez, mais c'est difficile de demander à quelqu'un de ne pas fumer » Je me mets à sa place, c'est son droit

Md : vous sentez que..

Pt : À un moment donné, je tousse... et ça s'aperçoit, ça fait que...

Md : est-ce que vous pourriez choisir vos clients?

Pt : Non, pas vraiment...

Md : S'il y avait moyen d'avoir une préférence d'aller chez les non-fumeurs.

Pt : on est 34, 35 auxiliaires, on ne peut pas choisir une cliente.. ben je suis d'accord, mais des fois-là

Md : Bon , OK . On se revoit dans un mois... on va refaire la formule sanguine... (...)

2095

Dans un contexte de visite annuelle après avoir abordé le problème du tabagisme et sa cessation, le médecin initie le propos à propos de l'asthme

Md : OK. À propos du contrôle de l'asthme depuis la dernière année, ça va bien?

Pt : Oui. Honnêtement, je n'ai pas eu à renouveler mes médicaments.

Md : Vous n'avez pas eu besoin de vos pompes?

Pt : Non, Non.

Md : Vous n'avez pas eu à faire des rhumes avec ça?

Pt : Depuis que je fais de la kiné.

Md : Oui.

Pt : Je n'ai pas eu à faire des rhumes, je n'ai rien eu de médicament

Md : Parfait. On va donc renouveler ton Flovent et ton *Purovert* en prévention.

Pt : La dernière fois, tu m'avais donné un produit combiné ensemble

Md : Je t'avais donné du Symbicort ... euh...Advair

Pt : Le combiné, c'est comme deux produits qui sont...

Md : C'est du Symbicort ou Advair. OK. Tu vois, je n'aime pas ça... Je n'avais pas noté ça dans mon dossier.

Pt : Ça ne me dérange pas. De toutes les façons...

Md : Tu sais, ton asthme n'est pas aussi marqué que l'année dernière. Parce qu'on n'a pas toujours besoin du *Serevent* comme du Ventolin à longue action. Tu peux revenir au Flovent sur combiné Flovent-Ventolin. À ce moment parce que tu as toujours besoin de cortisone et du Ventolin.

Md : Le facteur déclenchant le plus fréquent c'est le rhume.

Pt : Oui.

MD : Les infections virales, soit tu es en contact avec les animaux, des trucs comme ça, la fumée... la maison en rénovation, la poussière des choses comme ça...Ce n'est pas dans une zone d'asthme non contrôlé.

2026

Dans cette entrevue le patient est venu pour régler son problème de CSST et du renouvellement de traitement anti-dépressif (Paxil)

Le médecin initie le propos sur l'asthme

Md : Quand est-ce qu'on a trouvé ça ? en novembre 2000...C'était en 2000. OK . Des médicaments pour l'asthme, en prenez-vous?

(...)

Md : On a demandé des tests de la fonction respiratoire, hein.. Ça, les tests étaient négatif, par exemple.

Pt : Oui....C'est sauf si je n'ai pas de rhume..

Md : Alors...

Md : Quand est-ce qu'on a fait ça ? en 2000... OK . Les médicaments pour l'asthme, en prenez-vous? Flovent, Ventolin.

Pt. Oui. Ventolin, à l'occasion. Seulement quand j'ai des rhumes. À part ça , je n'en ai pas besoin.

Md : Combien de Ventolin, prenez-vous?

Pt : Combien, j'en prends?...

Md : Bien.. Mettons combien de fois par mois?

Pt : Attends un peu Ben, si j'ai le rhume comme là

Pt

Md :

Pt : Je prends du Flovent avant.

Md : On avait demandé des tests respiratoires qui sont revenus négatifs.

Pt : Je sais, à un moment donné, quand j'étais dans le milieu de.. tu sais, à un moment donné quand je faisais le dressage des chiens... le

Md : Oui.

Pt : à temps partiel... pis quand je me retrouvais dans un gymnase où il y avait beaucoup de chiens-là, je ne ramassais tout de suite là... en tirage, en sibilant

Md : oui

Pt : Ça fait là, j'ai arrêté..

Md : OK

(...)

Md : surtout au chien ?

Pt : Oui . Mais j'avais passé des tests, hein ? Avec l'allergiste là ?

Md : Oui. Les avais-tu, moi ? tu savais-tu pour quoi ?

Pt : Oh, Seigneur.. J'en avais pour les graminées, j'en avais pour les chiens, pour les chats... pour les chiens, c'était de niveau 4.

Md : OK

Pt : Tu sais, à un moment donné là, j'ai cessé de faire le

Md : le dressage ?

Pt : de faire le dressage parce que ça n'avait pas de bon sens

Md : À part ça au point de vue santé

Pt : Ça va bien.

Md : Attendez. Je vais chercher les tests de la fonction respiratoire et on va voir. Si ça dure... bon... cette affaire-là.... C'est dingue. Parce que les tests sont négatifs et puis vous avez quand même des symptômes. Quand vous prenez du Ventolin, ça va bien.

Pt : Oui, je ne sais pas

Md : Remarquez, vous n'avez jamais fumé

Md : Ça.. Mas les tests auparavant négatifs, mais les résultats (propos inaudibles) à 11.

C'est-à-dire peut être qu'il y a un petit peu d'asthme.. On va ausculter ça tantôt. Ici on demandait un test.. il y a un petit peu de sifflement ; probablement vous faites de l'asthme allergique. Vous avez déjà passé des tests ?

Pt : oui

2000

Après avoir donné des explications sur l'irritation et l'inflammation des bronches en cas de bronchite

Md : Je vais vous prescrire une pompe de cortisone. Ça pourra aider à mieux respirer

Pt : OK

Md : ...et à ouvrir plus les bronches. La pompe de cortisone, ça n'agit pas tout de suite.

Pt : Est-ce que ça va aider plus à guérir la toux?

Md : Ça va diminuer la toux. Ça prend plus de 4 à 5 jours pour que ça fasse effet.

Pt : OK

Md : Euh... je vais vous prescrire aussi une deuxième pompe, le Ventolin.

Pt : OK

Md : Ça, ça ouvre les bronches quand vous sentez que vous avez des difficultés à respirer

Pt : Mais je ne sens pas vraiment des difficultés, ce n'est pas dramatique. Je ne sais pas si j'ai besoin de tout ça...

.....

Md : Avez-vous d'autres questions?

Pt : Non... Mais là il faut que j'achète les deux pompes tout de suite ou j'en prends juste une, puisque moi j'ai de la misère; j'ai ...euh... de ce temps là

Md : Parce que vous n'avez pas... Je pense que ...euh...je veux être certaine que vous aller commencer par la pompe qui s'appelle Flovent. Parce que les cortisones, ça va aider à diminuer l'irritation des bronches, ça va les bronches et les garder ouvert S...

Pt : OK

Md : Sauf que ça se prend 2 fois le matin et le soir.

Pt : Parfait

Md : Puis... euh il faut se rincer la bouche après pour éviter d'avoir des champignons dans la bouche...

Pt : Des champignons dans la bouche?

Md : Ouais.

2013

La patiente et le médecin abordent la discussion sur les allergies

Pt : Oui. C'est vraiment nouveau, c'est...Ça, ça me fait penser aussi... comme le chat qu'il y a chez nous...

Md : Ah, vous avez un chat chez vous !

Pt : Oui, vous m'avez dit : « Ce n'est pas une bonne idée. »
Md : Oui, c'est ça.
Pt : Sauf que je l'aime. Maintenant vous dites : « Elle arrive... euh ». C'est évident, ma coloc ne se débarrassera jamais de son chat... En fait au début, je réagissais bien...

Md : Le danger, c'est que si vous restez en contact avec des chats dans votre environnement, cela pourrait vous amener à faire tranquillement, pas vite... de l'asthme de façon plus régulière.

Pt : OK
Md : Bon, ça c'est l'idéal, c'est qu'il n'y en ait pas. (...)
MD : Pour ce qui s'en vient, je vous prescris une pompe, qu'on prescrit aux asthmatiques. Vous allez l'utiliser au besoin... Si vous avez besoin d'utiliser cette pompe plus de quatre fois par semaine; alors vous m'appellez pour modifier votre traitement
Pt : Ce n'est pas dangereux?
Md : Non, ce n'est pas dangereux... Si vous me résumez cela, vous direz comment?

Prescription des tests de la fonction respiratoire

Md : Je vous prescris des tests de la fonction respiratoire. Ça c'est pour documenter si c'est vraiment de l'asthme que vous faites. Je pense là... Je sais bien à écouter votre histoire. C'est un rendez-vous dans un hôpital, dans le département de pneumologie.
Pt : OK
Md : Le test n'est pas compliqué : Ça consiste à souffler, expirer dans des machines reliées à des ordinateurs et puis ils vont calculer tout ça.
Pt : (rire) OK
Md : Même s'il n'y a pas de crise, eux autres ils peuvent découvrir ça parce qu'ils vont faire un petit test de provocation ; c'est tout à fait sécuritaire. Ne vous inquiétez pas.
Pt : Je ne m'inquiète pas... Ça ne va pas risquer. (rire)
Md : Ils vont voir si on peut faire réagir vos bronches.
Pt : OK
Md : Puis, normalement quelqu'un qui n'a pas de potentiel de faire de l'asthme, les bronches ne réagissent pas.
Pt : Ok... Bien

2040

Un jeune homme asthmatique de 21 ans travaillant comme maçon, vient aux urgences pour difficulté respiratoire depuis deux jours.

Md

Pt : Je ne sais pas. Moi, je la prenais comme... beaucoup.
Md : Combien de fois l'as-tu prise?

Pt : Euh ... depuis le matin, j'ai pris euh...ça fait après toutes les trois heures.

Md : Trois quatre, cinq fois?

Pt : J'ai pris

Md : Combien de fois pour chaque fois?

Pt : Une ou deux... hier soir, tu sais, j'en ai pris déjà pas mal

Md : Ah, Ah!

Md : As-tu senti quelque chose dans ta tête? Ça ne fait pas un coup dans ta tête?

Pt : Quand j'en ai pris?...Ce n'est pas beaucoup

Md : OK. As-tu eu des palpitations, des tremblements, des problèmes... ?

Pt : Pas du tout, non.... Seulement j'ai la toux et j'ai du mal à respirer

Md : As-tu déjà eu une pompe de cortisone pour ton asthme?

Pt : Euh... une pompe orange?

Md : Oui.

Pt : J'ai eu une prescription dans le temps, mais je ne suis pas allé la chercher.

Md : OK

Le médecin demande à l'infirmière de faire passer le peak flow au patient et après les résultats de ce test, il dit :

Md : ce n'est pas une crise d'asthme sévère.... Pour un temps il faut que tu prennes une pompe orange, sans oublier de te rincer la bouche après. Je vais te demander de prendre le Flovent....

Le médecin s'assure que le patient prend le dispositif comme il faut et lui explique aussi

Pt : C'est la façon de prendre la pompe. J'expire mal avec ça... En respirant, je prends la pompe ?

Md : Exactement. Ce qu'il faut faire, c'est que finalement.. Regarde, tu vois tes poumons carrément, là. Tu prends le temps de faire... (le médecin fait le geste d'inspirer). Ta pompe est placée à l'envers, et dès que...

Pt : A l'envers ?

Md : Oui. Souvent des gens la placent à l'envers, la pompe.

Pt : Ah, Bon ?

Md : C'est ça, la tête en bas.

Pt : Ah... Moi, je la place toujours vers le haut.

Md : Bon, en tout cas... Euh, tu la présentes vis-à-vis de ta bouche et dès que tu es prêt à inspirer (le médecin répète le geste d'inspiration)

Pt : S'il y avait... (inaudible)

Md : tu essaies de garder ton inspiration entre cinq et dix secondes

Pt : C'est bon.

Md : C'est suffisant, tu attends cinq à dix secondes. Tu en prends carrément une deuxième.. de suite ...hop

Pt : Moi, je préfère attendre une minute.

Md : tu peux attendre 20 secondes.. je te dirai 20 secondes, il n'y a pas de problème.

2062

Une patiente asthmatique connue depuis 10ans vient consulter pour des problèmes d'allergie

Md : avez-vous des animaux à la maison?

Pt : oui, un chat.... Si cela devenait problématique, je m'en débarrasserais; cela fait un an qu'il est à la maison....

2020

Jeune homme, fait de l'asthme depuis plusieurs années, mais depuis 4 ou 5 ans, ne prend aucune médication, vient consulter pour difficulté respiratoire et douleur au genou

Md : Qu'est-ce que vous faites comme travail?

Pt : Je travaille en industrie comme électricien des bâtiments, là où je travaille, il y a beaucoup de poussières.

2136

Pt : j'ai une toux qui est grasse (toux)... je cille. J'ai justement pris mes pompes. Mon traitement est Symbicort, Bricanyl

Md; Hum

Pt : Je prends du bricanyl. Je suis au stade 3 dans mon plan d'action.

Md : C'est quoi le stade 3?

Pt : Le stade 3, ben .. C'est ... là j'ai vu le Dr V.. à l'Hôtel Dieu

Md : oui

Pt : C'est lui qui m'a fait mon programme. Et puis..ben oui ça

2145

Md : Que puis-je faire pour vous?

Pt : Euh.. J'ai fait un arrêt de travail, moi, trois mois pour un problème de dos.

Md : Ouais.

Pt : J'ai voulu travailler

Md : Ouais

Pt : J'ai fait une grosse.. grosse réaction.. euh.. au niveau de..., comme on dit, une rhinite là; l'écoulement.. Ça coulait dans le fond de la gorge. Après ça , l'asthme. L'espace de deux semaines,, j'ai comme toute...j'ai mis, tu sais...

Md : OK

Pt Je ne sais pas si j'ai fait un rhume, si c'est une sinusite, si c'est quoi là dedans, j'étouffais... (rire)

Md : Alors, j'essaie de comprendre. Vous autre, vous m'avez parlé de... que vous avez été en arrêt de travail.

Pt : Ça n'a pas rapport avec. Mais c'est quand je retourne travailler, ça fait la même chose.. Moi j'enseigne

Md : OK

Pt : Quand j'essaie... (Superposition, paroles inaudibles) habituellement

Md : Avez-vous été en CSST?

Pt : Non. C'était de novembre à début février

Md : OK. De novembre à début février

Pt : C'est ça. C'était la même chose, j'étais comme désensibilisée.

Md : Vous êtes en contact avec les enfants

Pt : La poussière tout ça.

Md : Là, vous êtes retournée en février.

Pt : Et ça fait la même chose là.

(...)

Pt : Mais là , euh depuis à peu près les cinq dernières années... je dois vérifier...depuis les derniers cinq ans, dès que je retourne travailler au mois de septembre, avec les herbes à poux, tous les allergies...

Md : Ouais..

Pt : Ça me...C'était plus flagrant là, ça a été une grosse crise.

Annexe 5

**Tableau de regroupement de grands codes
identifiés dans les entrevues.**

Annexe 5 Tableau de regroupement de grands codes identifiés dans les entrevues

Regroupement des codes (étiquettes) en deux modules

Médicaments	Problème
Nom du Rx Statut du Rx Forme pharmaceutique du Rx Présentation du Rx Posologie de prise Puissance du Rx Teneur du Rx Mode d'action du Rx Mode d'utilisation du Rx Effet du Rx Substitut du Rx Suggestion du rx Md ? avis sur Rx Attitude vis-à-vis du Rx Rédaction d'ordonnance Renouvellement de prescription Non prescription en raison des remboursements restrictifs de la RMAQ (Raisons administratives de restriction) Péremption du Rx Observance Discussion des risques de dépendance	Nom du problème Raison principale de consultation Autres motifs de consultation Symptômes Signes fonctionnels Explications d'ordre général Explication des mécanismes physiopathologiques Habitudes de vie : - tabagisme - activités physiques - sommeil Facteurs favorisants ou déclenchants : - stress - allergies - humidité - environnement - IVRS Histoire de la maladie actuelle Antécédents personnels du patient Expressions d'inquiétude Hypothèse diagnostique Tests fonctionnels ou EFR Interprétation des résultats Contrôle du problème Suivi du problème Maîtrise de la maladie Suivi
<i>Ajout des thèmes identifiés dans les entrevues complémentaires</i> Effets secondaires pressentis Effets secondaires observés Intolérance aux Rx Assurances des Rx Allergies aux Rx (aspirine) Durée d'action du traitement Durée de traitement Éducation thérapeutique du patient (réf. CEA) Plan de traitement Plan d'action Interrelation avec le pharmacien	Maladie contrôlable Maladie prévenable Utilisation du dispositif (enseignement traitement) Référence à un centre de l'enseignement pour l'asthme Impact sur la qualité de vie Dénier de la maladie Discussion sur le diagnostic Discussion sur la maîtrise Rôle de la profession du patient

Annexe 6

**Tableau résumé des données brutes de l'analyse
sur les entrevues.**

Annexe 6

**Tableau résumé des données brutes de l'analyse sur
toute l'entrevue**

Entrevue N°	Sexe/âge du patient	Sexe du médecin	Problème lors de la consultation	Rx nommés et/ou discutés	Type de rendez-vous	Connu du médecin ou pas	Durée de la consultation
234	F/34	M	- Écoulement de l'oreille - Douleur au cou - Fracture du scapuloïde - Grippe (bronchite) - Sinusite	Antibiotique Voltarène Serevent Benylin Ventolin sirop	Rdv	oui	13min
280	M/31	F	- Prise de poids - Asthme - Colon irritable - Condylomes - Écoulement urétral - stress	Maalox Condylone Antiinflammatoire Ventolin	Rdv	non	21 min
374	M/37	M	- Asthme - HTA - sinusite	Beclodisk Ventolin Beclovent Intal Advil Tylenol Contractyl	Srdv	oui	12 min
551	M/39	M	- Bronchite (asthme?) - Crachats sanguinolents - Douleurs abdominales	Ventolin Chlorithydin	Srdv	non	7 min
633	F/49	M	- Asthme - Ménopause - HTA - Suivi de cytologie (test Pap.) - mammographie	Novosalmol Pulmicort Estrace Provera Polysporin SiropUDM Traitement à l'azote	Rdv	oui	24 min
748	F/51	M	- Arthrose - ostéoporose - Hypothyroïdie - Asthme - Mal de tête	Synthroid Amoxil Pompe bleue Pompe brune	Rdv	oui	14 min
804	F/38	F	- Infection pulmonaire (pneumonie?) - bronchite (asthme?)	Amoxil Codéine Ventodisk	Srdv	oui	6 min
1019	M/32	F	- Suivi détresse - dépression - Asthme - Perte de poids - Sida	Ventolin Beconase Beclofort Centrum Antibiotique Flonase	Rdv	oui	45 min

1063	F/18	F	- Mal à la gorge, aux oreilles - Allergie - Asthme (?) - Infection vaginale - Migraine - Opération des ménisques - Prise de poids	Injections pour désensibilisation Tylenol Pompe nasale Médicaments pour infection vaginale	Rdv	non	31 min
1108	F/20	F	- Douleurs abdominales (diverticulose? Atcd familial) Constipation - Asthme - Migraine - Tension nerveuse	Diarrhose? Colace Advil Pilule bleue Ventolin	Rdv Suivi après passage aux urgences	non	44 min
2000	F/40	F	- Gêne respiratoire (asthme dans l'enfance)	Ventolin Flovent Beclfort	Srdv Nouvel épisode	non	13 min
2002	F/42	F	- Suivi des résultats de tests sanguins - antécédents d'épilepsie - infection urinaire ? (mictalgie) - Asthme	Tégretol Singulair Advair Ventolin Flonase	Rdv suivi	oui	32 min
2013	F/28	F	- Suivi tests de dépistage VIH, hépatite B - toxicomanie - Problème de dépression - Asthme	Paxil Zyrtec Flonase Pompe	Rdv Suivi	oui	26 min
2020	M/21	F	Asthme Douleur au genou (CSST)	Ventolin Pulmicort Flovent	Srdv	non	13min
2026	M/40	F	- Suivi accident de travail (CSST) - Résultats de tests sanguins - Renouvellement de Rx - Asthme allergique	Vioxx Paxil Ventolin Flovent	Rdv Suivi	oui	31 min
2040	M/20	M	- Asthme (motif principal)	Ventolin Pompe orange	Srdv Nouvel épisode	non	14 min
2062	F/35	M	- Allergies - Asthme	Flovent Ventolin Vanseryl Aerius flonase	Srdv	non	13min
2080	F/31	M	- Problème de menstruations (ménometrorrhagie) - Problème du conjoint (vasectomie?) - Asthme - Arthrose - Anémie de Biermer (Vit B 12)	Symbicort Bricanyl Pulmicort Ventolin Vit B12	Rdv	oui	9 min
2082	F/ 38	F	- Amygdalite - Asthme	Advair Flovent Ventolin Serevent Singulair Bronchosyl	srdv	non	12 min
2087	M/35	F	- Zona (motif principal) - Asthme	Zovirax Valtrex Salbutamol Atrovent Flovent Oxeze Ventodisk	Srdv Nouvel épisode	non	16 min
2095	F/47	F	Examen annuel - Tabagisme - Asthme - Ménopause - HTA - Résultats de tests sanguins - Syndrome métabolique	Patch Vaccination Flovent Serevent Ventolin	Rdv Examen annuel	oui	29 min

2136	F/52	M	- Rhume, fièvre, frissons - Asthme	Symbicort Bricanyl	srdv	non	7 min
2141	F/25	M	- arrêt de pilule contraceptive - Asthme (?) - Arthrite? - Scoliose - Problème des varices	Nasonex Pulmicort Pompe bleue	Rdv Suivi	oui	19 min
2143	F/49	M	- Asthme (raison principale) - Mal à la gorge - otite	Advair Singulair Ventolin Flovent Serevent Zythromax Septrim	Srdv Nouvel épisode	non	15 min
2145	F/38	M	- Arrêt de travail (CSST) - Sinusite - Asthme	Ventolin Flovent Nasonex Salinex	Srdv	non	18 min

Annexe 7

**Tableau résumé des données brutes de l'analyse
portant sur la discussion de l'asthme dans les
entrevues.**

Tableau résumé des données brutes de l'analyse portant sur la discussion de l'asthme dans l'entrevue

Entrevue n°	problème	Thème	Rx	Thème
234	Asthme	Symptômes Explication des mécanismes physiopathologiques Tabagisme Plan de traitement	Serevent	Nom de rx Explication du dispositif
280	Asthme	Symptômes Tabagisme	Ventolin	Posologie de prise Forme pharmaceutique Mode d'utilisation Durée de prise de Rx
374	Asthme	IVRS Tests fonctionnels : débit de pointe Expression d'émotions Attitude : perception du patient (lien avec stress) Explication des mécanismes physiopathologiques Activités physiques Explications d'ordre général Allergies Sommeil	Ventolin Beclodisk Intal Flovent Beclovent	Posologie de prise Mode d'utilisation Observance Mode d'utilisation Questionnement vs Beclovent Forme pharmaceutique Rédaction d'ordonnance Risque de dépendance Attitude : perception du patient (efficacité) Traitement préventif Traitement alternatif? Puissance de Rx Rédaction ordonnance Forme pharmaceutique
551	Asthme (bronchite?)	Symptôme Tabagisme Explications des mécanismes physiopathologiques Hypothèse diagnostic	Ventolin	Posologie de prise Péremption du Rx (conservation?) Perception du patient (crainte en rapport avec prise de Rx)
633	Asthme	Activités physiques Contrôle de l'environnement Tabagisme Sommeil IVRS Explication des mécanismes physiopathologiques Allergies Plan de traitement Suivi	Pompe bleue Ventolin Pulmicort	Nom du Rx : ventolin Demande de rédaction d'ordonnance Substitut Rédaction d'ordonnance Posologie de prise restriction mode d'utilisation utilisation optimale des Rx Forme pharmaceutique Mode d'utilisation Posologie de prise
748	Asthme	Symptôme Test fonctionnel : débit de pointe Explications des mécanismes physiopathologiques Plan de traitement Suivi	Pompe bleue Pompe brune	Posologie de prise Forme pharmaceutique Posologie de prise Forme pharmaceutique

804	Asthme	Symptômes Explication des mécanismes physiopathologiques Sommeil Plan de traitement Suivi Contrôle de la maladie	Ventodisk	Nom de rx Explication de dispositif
1019	Asthme	Symptômes Allergie Sommeil Antécédents personnels Tabagisme Suivi	Push push nasal Ventolin Becloforte	Forme pharmaceutique Nom du Rx : Beconase Posologie de prise Attitude : perception du patient (nécessité) Rédaction d'ordonnance Conservation du Rx Rédaction d'ordonnance
1063	Asthme(?)	Symptômes Allergies Activités physiques	Pompe	Forme pharmaceutique
1108	Asthme	Symptômes Test de la fonction respiratoire Suivi régulier par pneumologue Allergies	Ventolin	Forme pharmaceutique Posologie de prise Mode d'utilisation
2000	Asthme	Symptômes Mécanismes physiopathologiques Allergie aux animaux (a un chien, un lapin) IVRS Tests d'hypersensibilité sommeil Émotions/ attitude Maladie guérissable Suivi	Pompe Ventolin Flovent Becloforte Beclovent	Forme pharmaceutique Explication de mode d'action Durée d'action Rédaction d'ordonnance Posologie de prise Émotions/attitude Rédaction d'ordonnance Émotions /attitude Mode d'action Effets secondaires anticipés Rx utilisés par tierce personne
2002	Asthme	Symptômes Mécanismes physiopathologiques Expressions d'inquiétude/attitude (Déni de la maladie) Allergie aux animaux : chat, chien (chat à domicile !) Test d'hypersensibilité Tabagisme secondaire : travail Sommeil IVRS Contrôle de l'environnement Activités physiques Maladie contrôlable Maîtrise de l'asthme (énumération des critères) Référence à un CEA Plan de traitement Suivi	Singulier Advaïr Ventolin Flonase	Demande de prescription Émotion/ attitude Statut : actif Posologie de prise Adhère au traitement Effets secondaires Précautions Émotion/attitude Rédaction d'ordonnance Utilisation optimale des Rx Posologie de prise Questionnement : comment choisir? Rédaction d'ordonnance Nom de Rx Posologie de prise Mode d'action

2013	Asthme	Symptômes Stress Contrôle de l'environnement Sommeil Test allergie Allergie au chat (chat à domicile!) Test de la fonction respiratoire (explication, Critères de maîtrise de l'asthme Plan de traitement Suivi	pompe	Forme pharmaceutique Rédaction d'ordonnance Posologie de prise Usage optimal Enseignement sur utilisation dispositif, mode d'emploi Recours au pharmacien sinon..
2020	Asthme	Symptômes Mécanismes physiopathologiques Sommeil Allergies aux animaux : chien, chat Tabagisme Activité professionnelle Plan de traitement Suivi	Ventolin Pulmicort Flovent	Nom de Rx Forme pharmaceutique Statut : inactif Rédaction d'ordonnance Posologie Nom de Rx Statut : ancien, inactif Nom de rx Rédaction d'ordonnance Posologie
2026	Asthme	Symptômes Allergie aux animaux Tests allergiques confirmés par allergologue : graminées, chien ... Tabagisme Discussion sur diagnostic : asthme allergique? Tests de la fonction respiratoire : négatifs IVRS Plan de traitement	Ventolin Flovent	Rédaction d'ordonnance Posologie de prise Rédaction d'ordonnance Posologie de prise
2040	Asthme	Style de vie Symptômes Durée de la maladie Tabagisme Allergies Eczéma Allergies médicamenteuses Mécanismes physiopathologiques Test fonctionnel : débit de pointe Maîtrise de la maladie Plan de traitement Suivi	Ventolin Pompe cortisone orange	Nombre de fois de prise Mode d'action du Rx Effets secondaires possibles Rédaction d'ordonnance Explication d'utilisation du dispositif Assurance des Rx Vérification auprès du pharmacien Utilisation optimale des Rx Forme pharmaceutique Adhérence au traitement
2062	Asthme	Durée Symptômes Mécanismes physiopathologiques Sommeil Tabagisme Contrôle de l'environnement Test fonctionnel : débit de pointe (mesure) Activités physiques Plan de traitement Suivi	Flovent Ventolin Disquette (Ventodisk?) Vanceril Aerius Flonase	Nom de Rx Posologie de prise Rédaction d'ordonnance Nom de rx Posologie de prise Renouvellement de prescription Forme pharmaceutique Statut inactif : exclu Effets secondaires Nom de Rx Questionnement Nom Rx Rédaction d'ordonnance Mode d'action

2080	Asthme	Maîtrise de la maladie Plan d'action Référence au pneumologue, CEA Suivi	Pulmicort Symbicort Bricanyl	Mode d'utilisation Statut : inactif Discussion sur médicament d'exception Assurance Rx Mode d'utilisation Posologie de prise Mode d'utilisation
2082	Asthme	Symptômes Contrôle de l'environnement EFR : spirométrie; résultats9bons) Allergies Plan de traitement Traitement : combinaison thérapeutique Suivi par Md de famille	Advair Flovent Singular Serevent Ventolin	Nom de rx Statut : exclu Assurance de Rx Restriction administrative Problème d'assurance Rx Nom de Rx Teneur de Rx Posologie de prise Mode d'utilisation Nom de Rx Teneur de Rx Posologie de prise Nom de Rx Traitement alternatif Attitude/émotion Instruction posologie Mode d'utilisation Posologie de prise
2087	Asthme	Symptômes Explication sur mécanismes physiopathologiques Allergie aux animaux, œufs, noix au tabac Activités physiques Contrôle de l'environnement Plan de traitement	Salbutamol (Ventolin)) Atrovent Flovent Ventodisk Oxeze	Nom générique Forme pharmaceutique Mode d'utilisation Mode d'action de Rx Noms de Rx Mode d'utilisation Mode d'action Mode d'action de Rx Explication sur utilisation de dispositif Puissance de Rx Posologie de prise
2095	Asthme	Tabagisme Symptômes Allergie à l'aspirine Émotions/attitudes Activités physiques Qualité de vie du patient Contrôle de l'environnement Maîtrise de la maladie Plan de traitement Suivi	Flovent Serevent Advair Ventolin Vaccin	Traitement préventif Posologie de prise Mode d'action Nom de Rx Posologie de prise Classe pharmacologique

2136	Asthme	Symptômes Histoire de la maladie actuelle Allergie aux Rx Activités physiques Plan d'action : Tabagisme Test de la fonction respiratoire : débit de pointe Suivi	Symbicort Bricanyl Antibiotiques Cortisone	Nom du Rx Durée de traitement Posologie de prise Nom du Rx Posologie de prise Mode d'utilisation Classe pharmacologique Rédaction d'ordonnance Voie d'administration Traitement alternatif Posologie de prise
2141	Asthme (?)	Symptômes Tabagisme Antécédents d'asthme (?) enfance Explication des mécanismes physiopathologiques Test fonctionnel : débit de pointe Test de fonction respiratoire à faire pour confirmation de diagnostic Sommeil Activités physiques IVRS : rhinites ++ (garderie en milieu familial) Suivi	Pulmicort Pompe bleue Nasonex	Nom de Rx Statut : actif Posologie de prise Mode d'utilisation Rédaction d'ordonnance Effet du Rx Questionnement sur Rx Statut : actif Mode d'utilisation Posologie de prise
2143	Asthme	Symptômes Durée de la maladie Explication des mécanismes physiopathologiques sommeil Test de fonction respiratoire : explication Empathie IVRS Allergie aux Rx Plan de traitement Suivi	Advair Singulair Serevent Ventolin Flovent Vaccination	Posologie de prise Durée d'action Durée de traitement Statut : inactif Statut : inactif Synergie des Rx Posologie de prise Rédaction d'ordonnance Rédaction d'ordonnance
2145	Asthme	Allergie Contrôle de l'environnement Sommeil Tests d'allergie : graminées, poussières Expression d'émotion/attitude Désensibilisation Maîtrise de l'asthme Épreuves de la fonction respiratoire Test de FR : Débit de pointe Valeurs de critères de maîtrise Diagnostic de l'asthme : durée Référence au pneumologue Référence à l'allergologue Plan de traitement écrit	Flovent Ventolin Nasonex Salinex	Nom Rx Mode d'utilisation Teneur de Rx Suggestion d'utilisation en aérochambre Posologie de prise Rédaction d'ordonnance Nom de Rx Mode d'utilisation Posologie de prise Utilisation optimale des Rx Questionnement Posologie de prise Effets secondaires Nom Rx Traitement alternatif

Tableau Résumé des Rx antiasthmatiques identifiés dans les entrevues pour le traitement de l'asthme et les co-morbidités.

Numéro d'entrevue	Identification de Rx	Classe de Rx
234	Serevent	β 2 LA
280	Ventolin	β 2 CA
374	Ventolin Beclodisk Intal Flovent Beclovent	β 2 CA β 2 CA Anti-inflammatoire, Antihistaminique Corticostéroïde inhalé Corticostéroïde inhalé
551	Ventolin	β 2 CA
633	Pompe bleue Ventolin Pulmicort	β 2 CA β 2 CA Corticostéroïde inhalé
748	Pompe bleue Pompe brune	β 2 CA Corticostéroïde inhalé
804	Ventodisk	β 2 CA
1019	Push-push nasal Ventolin Beclofort	Corticostéroïde nasal β 2 CA Corticostéroïde inhalé
1063	Pompe	β 2 CA
1108	Ventolin	β 2 CA
2000	Pompe Ventolin Flovent Becloforte Beclovent	β 2 CA β 2 CA Corticostéroïde inhalé Corticostéroïde inhalé Corticostéroïde inhalé
2002	Singulair Advair Ventolin Flonase	Anti-leucotriène Ass β 2 LA et cortico β 2 CA Corticostéroïde inhalé
2013	Pompe	β 2 CA
2020	Ventolin Pulmicort Flovent	β 2 CA Corticostéroïde inhalé Corticostéroïde inhalé
2026	Ventolin Flovent	β 2 CA Corticostéroïde inhalé
2040	Ventolin Pompe orange	β 2 CA Corticostéroïde inhalé
2062	Flovent Ventolin Ventodisk Vanceril Acrius Flonase	Corticostéroïde inhale β 2 CA β 2 CA Corticostéroïde inhalé Anti-histaminique Corticostéroïde inhalé
2080	Pulmicort Symbicort Bricanyl	Corticostéroïde inhalé Ass β 2 LA et cortico B 2 CA

2082	Advair Flovent Singulair Serevent Ventolin	Ass β 2 LA et cortico Corticostéroïde inhalé Antileucotriène β 2 LA β 2 CA
2087	Salbutamol Atrovent Flovent Ventodisk Oxeze	β 2 CA Anticholinergique Corticostéroïde inhalé β 2 CA β 2 LA
2095	Flovent Serevent Advair Ventolin	Corticostéroïde inhalé β 2 LA Ass β 2 LA et cortico β 2 CA
2136	Symbicort Bricanyl Antibiotiques Cortisone	Ass β 2 LA et cortico β 2 CA antibiotique Corticostéroïde oral
2141	Pulmicort Pompe bleue Nasonex	Corticostéroïde inhale β 2 CA Corticostéroïde nasal
2143	Advair Singulair Serevent Ventolin Flovent	Ass β 2 LA et cortico Anti-leucotriène β 2 LA β 2 CA Corticostéroïde inhalé
2145	Flovent Ventolin Nasonex Salinex	Corticostéroïde inhalé β 2 CA Corticostéroïde nasal Décongestionnant nasal

Légende

- β 2 CA : β agoniste à courte durée d'action
- β 2 LA: β agoniste à longue durée d'action
- Ass β 2 LA et cortico : Association de β agoniste à longue durée d'action et corticostéroïde

Annexe 8

**Tableau résumé des données complémentaires
des caractéristiques des médecins et données
cliniques.**

Annexe 8

Tableau résumé des données complémentaires sur les caractéristiques des médecins et les données cliniques

	Nombre de problèmes discutés	Diagnostic certain	Années d'expérience professionnelle du médecin	Durée de la discussion sur l'asthme	Durée de la consultation
1	5	asthme	10 ans	3 min	13 min
2	6	asthme	10 ans	1 min	21 min
3	3	asthme	17 ans	7 min	12 min
4	3	? bronchite	9 ans	(2 min)	7 min
5	5	asthme	24 ans	10 min	24min
6	5	asthme	10 ans	5 min	14 min
7	2	asthme	7 ans	4 min	6 min
8	5	asthme	13 ans	5 min	45 min
9	7	? bronchite	15 ans	2 min	31 min
10	4	asthme	7 ans	3 min	44 min
11	1	asthme	6 ans	12 min	13 min
12	4	asthme	(6)* ans	15 min	32 min
13	4	asthme	30 ans	12 min	26 min
14	2	asthme	18 ans	7 min	13 min
15	4	? asthme allergique	12 ans	9 min	31 min
16	1	asthme	19 ans	14 min	14 min
17	2	asthme	(19)* ans	9 min	13 min
18	5	asthme	16 ans	4 min	9 min
19	2	asthme	18 ans	5 min	12 min
20	2	asthme	17 ans	6 min	16 min
21	6	asthme	20 ans	3 min	29 min
22	2	asthme	16 ans	4 min	7 min
23	5	? asthme enfance	7 ans	9 min	19 min
24	3	asthme	25 ans	10 min	15 min
25	3	asthme	(25)* ans	14 min	18 min

()* concerne les médecins ayant déjà eu une entrevue avec un patient.

Annexe 9

**Lexique des thèmes pour l'analyse thématique des
entrevues.**

Lexique des thèmes pour l'analyse des entrevues

Définitions sur les thématiques recherchées dans les échanges sur l'asthme dans une entrevue de médecine générale (inspiré de la conférence canadienne de consensus sur l'asthme (1999) et de la recension des écrits,

a) Tabagisme

Tout échange portant sur la consommation de tabac par la personne elle-même (histoire antérieure d'usage; usage courant) et tout échange portant sur la cessation du tabac (évaluation du stade de changement; essais antérieurs; barrières; méthodes pour cesser... etc)

M) est-ce que vous fumez?

P) Non

P) Oui, mais je veux arrêter de fumer.

b) Activités physiques

Tout échange portant sur les activités physiques (types d'activités; histoire antérieure; habitudes courantes; barrières) de la personne; ces activités physiques doivent être normales chez l'asthmatique ayant la maîtrise de sa maladie de façon acceptable.

M) Combien d'heures de natation faites-vous par semaine?

M) On recommande 30 minutes d'activité physique à tous les jours

P) Je n'arrive pas à intégrer du sport dans ma routine.



c) Sommeil

Tout échange portant sur les habitudes de sommeil, sa qualité, sa durée, sur les problèmes de sommeil, leurs causes et les moyens pour y remédier. Dans ce cas, l'échange porte à savoir s'il y a présence, *de plus d'une fois par semaine*, des symptômes nocturnes qui empêchent la personne de dormir.

M) Est-ce que la toux vous réveille la nuit?

P) Je dors très mal depuis que les problèmes au bureau ont commencé

M) Avez-vous tenté quelque chose pour améliorer votre sommeil?

M) Mais là actuellement quand on parle de Ventolin, on parle de grippe, quand vous êtes grippée et que vous êtes essoufflée, vous sentez-vous en détresse, ou simplement un peu inconfortable? Comment vous qualifieriez ça?

P) Au coucher, en détresse, oui. Si j'ai pas mon Ventolin, là...

M) Êtes-vous bonne pour la nuit après?

P) Ordinairement oui. Quand je suis grippée, là? Oui.

M) Quand vous êtes grippée, une inhalation de Ventolin au coucher, ça va souvent suffire pour vous permettre une bonne nuit.

d) Allergie

Tout échange portant sur les allergies et les allergènes, les symptômes et les traitements s'y rapportant (à l'exception des Rx). Il peut être question des allergies saisonnières dues aux pollens du gazon, des arbres, des graminées, ou des allergies aux poils d'animaux, à des aliments etc

M) Le spécialiste que vous avez consulté pour vos allergies recommande une désensibilisation (des vaccins)

P) Mes allergies sont pires au printemps: mes yeux mon nez et mes oreilles piquent, j'éternue et je suis congestionnée.

e) Contrôle de l'environnement

Tout échange portant sur les mesures qui ont été prises ou qui sont suggérées afin de diminuer les sources d'irritation bronchique: présence de tapis, présence d'animaux, type de chauffage, maintien du niveau d'humidité à moins de 50%, au temps froid, présence d'irritants atmosphériques (pollution), présence de plantes, gestion de la poussière, exposition à des odeurs fortes ou à de la fumée de cigarette secondaire (la personne elle-même ne fume pas)

P) Je vis dans un appartement au sous-sol d'un vieil immeuble...c'est très humide

M) Est-ce que vous faites de l'asthme lorsque vous êtes exposés à la poussière?

P) Ah oui, Je me mets à tousser et à siller lorsque je suis à un endroit où il y a de la poussière

f) Utilisation des médicaments d'urgence (Besoin d'agoniste β à courte durée d'action)

Tout échange portant sur l'utilisation de ce médicament, qui sert principalement à soulager les symptômes aigus intercurrents de l'asthme. Son emploi doit être limité; il devrait être utilisé sur demande seulement, à la dose et à la fréquence minimales requises.

M) Je vous demande tout ça parce que je veux être sûr que le Ventolin est suffisant. Comme je vous ai dit, si jamais vous vous apercevez que deux, trois jours consécutifs il faut plus que deux, trois inhalations de Ventolin, là vous vous en allez vers un problème de respiration plus sévère, donc il faudrait ajouter une autre pompe.

g) Absentéisme

Tout échange portant sur l'absence de la personne à son travail ou à l'école pour des motifs liés à l'asthme.

h) Adhérence au traitement (l'observance)

Tout échange portant sur l'observance au traitement médical prescrit; il s'agit des explications, des vérifications sur l'utilisation effective des médicaments prescrits au patient.

i) Attitude/émotion

Tout échange portant les attitudes (comprenant le déni de la maladie, les objections contre le médicament) et les émotions (les craintes, les angoisses, tous les sentiments exprimées du patient sur le problème de santé et aussi vis-à-vis de son traitement médical.

j) Épreuves de la fonction respiratoire

Tout échange portant les tests de la fonction respiratoire, effectués dans un but de suivi médical ou à visée diagnostic. Ces épreuves sont recommandées

k) Diagnostic

Tout échange portant le diagnostic de certitude de la maladie. Il peut s'agir de la confirmation de diagnostic en cas de doute, tout comme de la durée reconnue de la maladie.

l) Plan d'action (rôle du médecin)

Tout échange portant sur l'enseignement, l'éducation et l'explication à la personne au sujet de l'asthme afin de favoriser la prise en charge personnelle de cette affection et d'un plan d'intervention ou plan d'action (écrit de préférence); lequel plan sera basé habituellement sur la prise en charge des exacerbations ou de l'évolution des symptômes.

Remarque

Le plan d'action est différent d'un plan de traitement, ce dernier est donné au moment du congé d'une hospitalisation et accompagné des instructions claires sur les soins de suivi. Ainsi est-il recommandé qu'un patient, qui présente des facteurs de risque élevé, qui a une fonction respiratoire médiocre ou qui maîtrise mal son asthme, devrait être envoyé à une clinique ou à un centre d'éducation sur l'asthme.

Autres thèmes

La description du problème

Tout échange portant sur la description du problème de santé, faisant ici référence à l'asthme, par la présentation des symptômes ou des signes fonctionnels spécifiques à cette maladie. Cela porte sur la description par le patient de toutes les perceptions subjectives en rapport avec l'asthme ou les états associés ou encore par l'interrogatoire du médecin sur l'objectivation de tous les signes fonctionnels.

Les antécédents médicaux du patient en rapport avec l'asthme

Tout échange portant sur les épisodes antérieurs référant à l'asthme chez le patient, tant dans son enfance qu'au cours des dernières années.

Les émotions/attitudes face au problème ou au traitement

Tout échange portant sur les attitudes (comprenant le déni de la maladie, les objections contre le médicament) et les émotions (les craintes, les angoisses, tous les sentiments exprimés par le patient sur la condition de la maladie et aussi vis-à-vis de son traitement médicamenteux).

Le suivi

Tout échange portant sur les indications données pour le suivi clinique, à revenir consulter ou la référence à un autre professionnel de santé pour un suivi.



La posologie de prise.

Tout échange portant sur la manière dont les médicaments sont pris. Il s'agit soit du moment, de la fréquence de prise du médicament et sa durée. On peut y insérer aussi l'utilisation du médicament au besoin.

La teneur du médicament (la dose).

Tout échange portant sur la teneur du médicament ; celle-ci peut être donnée en unités de mesure du principe actif (en mg, μ g...) selon la forme pharmaceutique.

Le mode d'administration (voie d'administration).

Tout échange portant sur des informations supplémentaires à la posologie dont les dispositifs d'inhalation, les injections sous-cutanées ou la voie orale pour les comprimés.

